

Travail du Service de M. le Professeur agrégé Th. Alajouanine
(Hospice de Bicêtre)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger MAIRE

Né à Reims (Marne), le 8 novembre 1901
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTILOGIE NERVEUSE

DE CERTAINES RÉTRACTIONS DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

LES MALADIES DE DUPUYTREN
D'ORIGINE NERVEUSE

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

Travail du Service de M. le Professeur agrégé Th. Alajouanine
(Hospice de Bicêtre)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger MAIRE

Né à Reims (Marne), le 8 novembre 1901
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTILOGIE NERVEUSE
DE CERTAINES RÉTRACTIONS DE L'APONEVROSE PALMAIRE

LES MALADIES DE DUPUYTREN D'ORIGINE NERVEUSE

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN.. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DEBRÉ Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
FIESSINGER .. Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MATHIEU Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN

Professeur de clinique des maladies du système nerveux

Médecin de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse
et très vive reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

Médecin de l'hospice de Bicêtre

Qui a inspiré et dirigé ce travail ; qui nous accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance. Nous lui devons les meilleures années de notre formation médicale et tout ce que nous pouvons savoir de neurologie.

En témoignage de notre respectueuse admiration et de notre très grande reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat de Paris

1924. M. LE DOCTEUR SAVARIAUD

1925. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL

1926. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. de JONG (*in
memoriam*)

1927. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. HARVIER

1928. M. LE DOCTEUR de GENNES

1930. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

1931. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

A NOS PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547119_0069

LES MALADIES DE DUPUYTREN D'ORIGINE NERVEUSE

Introduction

Ce travail se propose d'étudier les Maladies de Dupuytren d'origine nerveuse. En effet, s'il est parfois difficile ou impossible de trouver à l'origine de la rétraction de l'aponévrose palmaire une cause satisfaisante, il existe par contre, des cas où cette maladie survient nettement à la suite d'une atteinte des nerfs périphériques du membre supérieur ou des segments médullaires qui leur correspondent.

Notre Maître M. le professeur agrégé Alajouanine voulut bien attirer notre attention sur ces faits, à propos d'un cas particulièrement démonstratif qu'il nous fit l'honneur d'étudier et de présenter avec M. Guillaume et nous-même à la Société de Neurologie (séance du 4 décembre 1930). Il nous proposa, ensuite, de continuer ces recherches ; et c'est ainsi que nous avons pu réunir quinze observations que nous croyons être convaincantes. Nous avons d'ailleurs examiné un plus grand nombre de maladies de Dupuytren ; à peu près toujours, dans les cas pas trop anciens du moins, on constatait des signes que les auteurs s'accordent à rat-

tacher à une perturbation du système nerveux autonome.

Mais il nous a semblé plus rigoureux de ne retenir que ces quinze observations, préférant, à tort où à raison, un minimum de faits précis à une matière plus abondante mais moins démonstrative.

Il semble, en effet, que la nature nerveuse de la Maladie de Dupuytren n'ait apparu clairement jusqu'à ce jour, parce que toutes les observations publiées étaient incomplètes. M. Alajouanine, en nous conseillant une exploration systématique du système nerveux autonome, chez tous nos malades, nous a permis d'arriver à des constatations nouvelles qui éclairent mieux la pathogénie, jusqu'alors obscure, de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Divers auteurs qui ont étudié la Maladie de Dupuytren après nous, ont adopté une méthode d'examen et sont arrivés à des conclusions absolument concordantes.

C'est pourquoi, après la première étude que nous avons déjà faite, nous pensons que celle-ci plus complète, n'est pas inutile.

RAPPEL HISTORIQUE.

La Maladie décrite par Dupuytren en 1832 est une affection depuis longtemps connue puisque, dans son travail, cet auteur signale qu'elle a été étudiée avant lui. Mais c'est à lui que revient le mérite d'avoir montré ce qui appartient à la rétraction de l'aponévrose palmaire

en certaines contractions permanentes des doigts.

Comme à peu près tous les écrits médicaux de cette époque, la description de Dupuytren est agréable à lire, pittoresque et cliniquement bien observée. Les différents traités n'ont fait, depuis, que la reprendre en termes moins élégants.

Il faut seulement savoir qu'il est important pour diagnostiquer une maladie de Dupuytren de retrouver, soit au niveau des doigts que la rétraction aponévrotique plie, soit dans la paume de la main elle-même (et alors presque toujours au niveau du pli médian de la main) ces épaisissements aponévrotiques, durs, fibreux, constituant des brides dont le relief est exagéré par les plis transversaux qui limitent les nodosités.

La présence de ces nodosités est capitale pour le diagnostic et permet à l'œil qui regarde et surtout à la main qui palpe de reconnaître que c'est bien l'aponévrose palmaire qui est intéressée.

Il faut insister sur l'importance de ces nodosités car, dans certains cas (flexion des doigts par paralysie, rétraction des tendons au cours de la Syringomyélie, blessures de la main avec rétractions tendineuses, brûlures, sclérodermie), c'est leur présence qui permet d'affirmer la rétraction de l'aponévrose et de donner à chaque plan la part qui lui revient dans le processus de flexion des doigts.

La réalité de la rétraction de l'aponévrose palmaire étant établie, beaucoup plus obscure est demeurée

1. Pour la partie historique, nous renvoyons le lecteur à la thèse de Le Becq, en ce point très complète.

longtemps la véritable cause de cette étrange maladie ; et comme cela se passe chaque fois qu'on ne trouve pas de raisons satisfaisantes à un mal, on en suggère plusieurs.

En quelques jolies phrases, Dupuytren signale que, déjà, de son temps on avait attaché la contraction permanente des doigts à une affection rhumatismale, goutteuse (la goutte sera souvent invoquée par les médecins du ^{xix}^e siècle à l'origine de la maladie décrite par Dupuytren) une violence extérieure, une fracture, une « cause morbifique qui se serait métastasée, comme cela arrive quelquefois à la suite d'inflammations des gaines, des tendons des fléchisseurs ou d'une espèce d'ankylose ». « Nous connaissons bientôt, ajoute M. Dupuytren, combien ces prétendues causes étaient peu fondées. »

Peut-être, mais la cause invoquée par Dupuytren (un traumatisme longtemps répété) explique-t-elle grand'chose ? Voici, en tout cas, le passage du *Mémoire* que nous citons avant tout à cause du plaisir que nous avons pris à le lire.

« La plupart des individus que cette maladie affecte ont été obligés de faire effort avec la paume de la main et de manier des corps durs. C'est ainsi que le marchand de vin et le cocher dont nous rapportons les observations, avaient l'habitude, l'un de percer des barriques avec un poinçon ou de gerber des pièces ; l'autre de faire jouer sans cesse son fouet sur le dos de ses haridelles. Nous pourrions encore citer l'exemple d'un homme livré aux travaux du cabinet, qui mettait un

soin particulier à cacheter ses dépêches. On la rencontre chez les maçons qui saisissent les pierres avec l'extrémité des doigts, chez les cultivateurs, etc... On voit donc, que la maladie se manifeste chez ceux qui sont obligés de prendre un point d'appui dans la paume de la main. »

Autant dire, puisque « les hommes qui se livrent aux travaux du cabinet » n'en sont point exempts, qu'elle s'observe chez tout le monde et qu'il est, par conséquent possible de retrouver chez n'importe qui un petit traumatisme, un tic, un geste habituel, susceptibles de tout expliquer et de faire confondre une de ces jolies « déformations professionnelles » dont parle certain auteur avec la maladie de Dupuytren.

Pendant fort longtemps on s'en tint à ne voir en la maladie de Dupuytren qu'une manifestation de la goutte et de l'arthritisme ; jusqu'au jour où Eulenburg, en 1883, rapporta un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutive et nettement dépendante d'une blessure du cubital. Il semble qu'aujourd'hui ces maladies de Dupuytren dûes à une lésion des nerfs périphériques soient admises par tout le monde. On en trouvera cinq cas personnels dans ce travail.

Tout de même il faut bien reconnaître qu'il existe beaucoup d'autres malades chez qui une blessure, une névrite, une polynévrite ne puissent être invoquées et pour lesquels il faut chercher une autre explication.

Et tout d'abord certaines particularités avaient frappé bien des auteurs :

1^e *La bilatéralité des lésions*, qui n'est pas constante, mais fréquente et d'autant plus fréquente que la maladie est plus ancienne. Il y a parfois un très long temps d'arrêt entre deux poussées de flexion des doigts. Une main est d'abord atteinte (la droite plus souvent que la gauche pour certains auteurs) ; plusieurs mois, plusieurs années plus tard l'autre main peut, à son tour, être atteinte de rétraction. Souvent à cette occasion la flexion des doigts de la main primitivement malade s'exagère.

Dans certains cas où l'on peut invoquer un traumatisme (blessure d'un nerf périphérique) ce peut être à l'autre membre que la rétraction se développe d'abord. Souvent une blessure d'un côté entraîne une rétraction bilatérale. Ces faits ont attiré l'attention de presque tous les observateurs : *A blessure unilatérale correspond souvent une maladie de Dupuytren bilatérale ou, plus rarement, hétérolatérale.*

2^e *Le siège des lésions.* — La rétraction porte presque toujours, à son début au moins, sur l'aponévrose qui recouvre le tendon du quatrième fléchisseur, puis sur l'aponévrose du cinquième. Souvent elle reste localisée à cette région de la main. Ce n'est que beaucoup plus rarement et, en tous cas, plus tardivement, qu'elle gagne la portion externe de l'aponévrose.

Lorsque la rétraction est bilatérale, on est tout de suite frappé de la symétrie des lésions qui entraînent une flexion des deux derniers doigts de la main avant celle des autres ; et l'on peut dire qu'il s'agit là d'une

véritable topographie *radiculaire*. Cette topographie correspond au *huitième segment cervical et au premier segment dorsal*.

3^o *Maladie de Dupuytren héréditaire*. — Enfin l'hérédité de cette maladie n'en est pas le côté qui a le moins intéressé les auteurs. Cette hérédité n'est pas constante et l'on trouve plus souvent des malades dont la rétraction est survenue sans qu'on puisse retrouver dans leurs antécédents héréditaires une raison quelconque à son développement. Mais il est des cas où toute une famille a dû subir cette infirmité.

Ces différentes particularités devaient amener à penser que, dans bien des cas, la maladie décrite par Dupuytren devait être la conséquence d'une lésion plus ou moins importante de la *moelle de la région cervicale inférieure*.

En 1895, Biejanski, le premier, pouvait trouver à l'autopsie d'un malade atteint d'une maladie de Dupuytren vieille de dix ans un état syringomyélique dont la limite supérieure atteignait précisément la région cervicale inférieure.

Albérico Testi eut la chance de pouvoir faire l'autopsie de quatre frères atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire. Chez tous il trouva une cavité syringomyélique de la commissure grise postérieure.

Caspari, en 1896, Schlesinger et Neutra, en 1901, Oppenheim, Gualdi, Ferrero, Jardini, publièrent ainsi des cas vérifiés à l'autopsie de maladie de Dupuytren associée à une syringomyélie.

Dejerine, dans sa séméiologie, citait deux malades dont l'un avait vu ses doigts se rétracter après une blessure par balle de la région cervicale inférieure.

Le Becq, enfin, dans sa thèse de 1928, tendait à faire de la même affection un signe de syringomyélie, ce qui, si l'on en jugé par ses observations personnelles, nous semble excessif ; car les malades dont il donne l'histoire et l'examen ne pouvaient être, jusqu'à la vérification anatomique, considérés comme des syringomyéliques.

Ainsi donc il semblait être bien établi depuis Eulenburg que très souvent la maladie de Dupuytren est sous la dépendance d'une *lésion des nerfs périphériques ou de la moelle*.

Restait à préciser quels éléments des nerfs périphériques étaient plus particulièrement lésés.

L'observation rapportée par MM. Alajouanine et Guillaume à la Société de Neurologie du 4 décembre 1930, les observations réunies dans ce travail, permettent, croyons-nous, de penser qu'il s'agit du Système Sympathique.

Nous n'avons, malheureusement, aucun document anatomique personnel pour étayer nos examens cliniques : on ne meurt pas de maladie de Dupuytren. Mais il est permis d'espérer que cette lacune pourra être comblée un jour. Il serait bien étonnant que l'histologie ne confirmât pas ce que, dès maintenant, enseigne la clinique.

PREMIÈRE PARTIE

Rétraction de l'aponévrose palmaire et lésions des nerfs périphériques

Les malades dont le syndrome de Dupuytren se trouve associé à une lésion neurologique peuvent se diviser en deux catégories :

- 1° Ceux dont le système périphérique est lésé.
- 2° Ceux chez qui furent constatés des signes d'une atteinte médullaire et, plus généralement, du système nerveux central.

Les malades du premier groupe feront l'objet de l'étude du présent chapitre. Ils se présentent eux-mêmes, sous deux aspects différents. Les uns, les plus nombreux, étaient atteints d'une névrite du nerf cubital, peut-être du nerf médian.

Un seul avait vu se développer sa rétraction palmaire au début d'une polynévrite.

Même chez les malades dont la lésion est une névrite du cubital on peut retrouver un stade médullaire qui explique la bilatéralité des lésions, ou leur hétérolatéralité, lorsque la lésion initiale était unilatérale.

OBSERVATION I

Rétraction de l'aponévrose palmaire gauche, symétrique d'une griffe cubitale droite. Blessure par balle, le 28 août 1914, au niveau du bras droit. Névrite du cubital de ce côté. Libération du nerf en 1915. Amélioration des douleurs et des troubles moteurs. En août 1929, réveil des douleurs; extension ascendante; exagération de l'amyotrophie du 1^{er} espace interosseux et des troubles moteurs, à droite. Passage des douleurs au membre supérieur gauche. Vers juin 1930, apparition d'une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche.

A l'examen : 1° Griffe cubitale droite; 2° rétraction de l'aponévrose palmaire gauche; 3° syndrome sympathique de Claude Bernard-Horner gauche; 4° troubles sensitifs de type pseudo-syringomyéliques bilatéraux en C8-D1; 5° troubles vaso-moteurs bilatéraux; 6° augmentation des chronaxies à droite et à gauche.

N. Henri, 37 ans, électricien, nous est adressé par le docteur Dupuytou, médecin des Hôpitaux de Limoges, pour une rétraction de l'aponévrose palmaire survenue à gauche chez un ancien blessé ayant une griffe cubitale droite.

On constate, en effet, que cet homme présente, à droite, une griffe cubitale portant sur les deux derniers doigts; à gauche, une maladie de Dupuytren caractérisée par une importante rétraction de l'aponévrose palmaire, avec attitude en flexion des deux derniers doigts, sensiblement symétrique de celle du côté opposé, créée par la griffe cubitale.

L'attention est également aussitôt attirée par l'existence d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, à gauche.

L'histoire de cet homme est la suivante : Il fut blessé le 28 août 1914, au niveau du bras droit, par une balle entrée à la face supéro-externe au-dessous de l'insertion deltoïdienne et sortie, après un trajet oblique, en bas, en dedans, et en arrière, au niveau du tiers inférieur de la face interne. Les troubles se sont installés aussitôt après la blessure; il ne pouvait allonger les doigts, ni les plier avec force sauf pour le pouce; et les deux derniers doigts étaient les plus touchés. En même temps, il ressentit des douleurs descendant du bras jusqu'à la main, siégeant surtout sur le bord interne du membre, douleurs s'accompagnant d'engourdissement, de picotements, avec paroxysmes surtout nocturnes gênant le sommeil.

Au bout d'un an, en 1915, à cause des douleurs persistantes et aussi du peu d'amélioration des troubles moteurs, une intervention fut pratiquée à la partie interne du bras, intervention sur laquelle on n'a pas de renseignements précis : au dire du malade, on aurait libéré le nerf cubital d'une gangue fibreuse et *retiré à son niveau un petit projectile métallique* de très faible dimension. Le malade ne sait pas si l'on a constaté une section complète ou incomplète du cubital. Il est à noter que la plaie n'aurait jamais suppuré, ni au début ni ultérieurement.

A la suite de cette intervention, les douleurs et les troubles moteurs se sont améliorés. Vers 1917, les troubles moteurs étaient ce qu'ils sont aujourd'hui : l'index et le médius avaient repris leur mobilité et il existait la même attitude des 4^e et 5^e doigts qu'à l'heure actuelle.

Les douleurs se sont améliorées; et jusqu'à l'an dernier ce n'est qu'une ou deux fois par an que le sujet ressentait pendant quelques jours quelques douleurs : de l'engourdissement, et parfois des crampes au niveau du bras, de l'avant-bras et de la main.

En août 1929, il est repris de douleurs revêtant un caractère différent des précédentes : elles sont continues, siègent dans tout le bras, remontent au-dessus de la blessure, au niveau de l'épaule, de la région scapulaire, s'ac-

compagnent de fourmillements et de crampes, mais n'auraient jamais présenté le caractère de brûlures.

Au bout de trois mois, les douleurs gagnent la région du cou, donnant lieu à une certaine gêne des mouvements, parfois à une raideur transitoire des muscles du cou. Puis elles s'étendent au membre supérieur gauche, descendent dans les derniers doigts de la main gauche. En même temps que reparaissent les douleurs, le malade aurait noté l'exagération de l'amyotrophie du premier espace interosseux de la main droite et une gêne des mouvements du pouce de ce côté.

Enfin, il y a six mois, apparaît de la difficulté à étendre les deux derniers doigts de la main gauche et, peu à peu, se développe la rétraction de l'aponévrose palmaire gauche dans sa partie interne, avec l'attitude des deux derniers doigts.

Depuis un an environ avant l'apparition de ces troubles le sujet signale qu'il avait de fréquentes crises sudorales au niveau des extrémités des membres supérieurs.

A L'EXAMEN. — On constate trois faits : une griffe cubitale droite; une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche; un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche.

a) *Au membre supérieur droit*, il existe une *griffe cubitale* très marquée, portant sur le 4^e et le 5^e doigt qui ne peuvent être mobilisés volontairement. Les mouvements y sont nuls pour la flexion, l'extension, l'écartement. Passivement, on peut étendre dans une certaine mesure ces doigts jusqu'à un angle de 130 à 140 degrés. On ne note pas d'ailleurs, au cours de cette manœuvre, de rétraction tendineuse importante. L'aponévrose palmaire est souple. Peut-être existe-t-il, cependant, mais dans sa partie externe, un petit nodule de la grosseur d'un grain de mil. Les autres doigts ont des mouvements volontaires normaux sauf pour l'écartement. La force est très diminuée pour la flexion et l'extension des 2^e et 3^e, ainsi que pour la flexion et l'extension du pouce et surtout



PHOTO 1.

N. Henri. Griffe cubitale droite. Maladie de Dupuytren gauche.

pour son adduction. Enfin le premier espace interosseux est très déprimé et l'éminence thénar atrophiée.

b) *Au membre supérieur gauche*, il existe à la main, une rétraction de l'aponévrose palmaire, tout à fait typique, portant sur les deux derniers doigts qui sont bridés en demi-flexion et ne peuvent s'étendre guère à plus de 90° dans l'allongement forcé.

La rétraction est débutante au niveau du 3° doigt qui ne peut être allongé complètement.

Il existe dans la moitié interne de l'aponévrose palmaire des brides importantes avec des callosités et des nodosités saillantes sous la peau.

Tous les mouvements sont possibles; dans la mesure où la rétraction ne s'y oppose pas, leur force paraît normale.

c) *A la face*, on note : un syndrome sympathique de Claude Bernard-Horner à gauche, caractérisé par une fente palpébrale plus petite qu'à droite, une légère enophthalmie, un myosis important correspondant à la moitié de l'ouverture pupillaire droite.

On note également une légère hypotonie des sourciliers gauches. Les réactions pupillaires sont normales à droite et à gauche.

d) L'examen neurologique, en dehors de la paralysie radiale déjà signalée, ne révèle rien d'anormal, à l'exception de *troubles sensitifs*.

A droite, il existe une hypoesthésie tactile et une anesthésie douloureuse et surtout thermique dans le territoire de C8-D1. Cette topographie paraît franchement *radiculaire*. A la recherche de la sensibilité thermique c'est presque toujours le froid qui est noté comme chaud.

Au membre supérieur gauche, il existe également dans le même territoire une hypoesthésie ne portant que sur la sensibilité thermique et de topographie identique C8-D1.

e) Des deux côtés existent des troubles *vaso-moteurs* : sudation spontanée importante prédominant à gauche;

modifications de la température locale qui est augmentée de 3° à 3°5 dans la moitié interne de la paume gauche, restant sensiblement symétrique dans les deux régions. Il existe une vasodilatation à la radiale gauche, très nette. La courbe est la suivante :

Droite		Gauche	
15.....	0	15.....	1/2
14.....	1/2	14.....	1
13.....	1,5	13.....	5
12.....	3	12.....	6
11.....	5	11.....	8
10.....	7	10.....	10
9.....	7	9.....	6
8.....	4,5	8.....	4
7.....	3,5	7.....	2,5
6.....	1	6.....	1,5
5.....	1	5.....	1
4.....	1/2	4.....	1/2

Le réflexe pilo-moteur est d'intensité normale des deux côtés.

L'injection sous-cutanée d'un centigr. de pilocarpine donne lieu à une réaction sudorale rapide débutant par la face et qui n'est pas sensiblement augmentée du côté gauche où elle semble cependant prédominer. Elle est très intense et dure 30 minutes; elle s'accompagne de plaques erythémateuses au niveau de la base du cou, du thorax, de l'avant-bras et du poignet gauche.

f) Un examen électrique a été pratiqué par le Dr Mathieu dans le laboratoire du Dr Bourguignon; il montre que la chronaxie est triplée au niveau du cubital droit et des muscles de son territoire, qu'elle est également perturbée à gauche où elle est doublée au niveau du nerf cubital, les muscles restant de chronaxie normale.

Cette observation est donc très suggestive. Pendant 15 ans la blessure de notre sujet ne s'accompagne que

de quelques troubles douloureux ou paresthésiques, quand se développent des douleurs continues à évolution ascendante qui, peu à peu, atteignent le membre supérieur sain. C'est après cette véritable phase de névralgie ascendante, puis à bascule, qu'apparaît du côté opposé à la lésion nerveuse primitive, la maladie de Dupuytren, dont la constitution est rapide en quelques mois.

La coexistence d'un syndrome sympathique de Claude Bernard-Horner, dont malheureusement nous ne pouvons savoir la date d'apparition précise, puisqu'il était resté méconnu jusqu'ici, jalonne, en quelque sorte, l'étape sympathique de cette évolution.

Non moins intéressantes sont les constatations tirées de l'examen systématique du malade.

Il existe des troubles sensitifs bilatéraux, de topographie symétrique (territoire radiculaire de C8-D1) mais nettement prédominants à droite, beaucoup plus dissociés à gauche où ils ne portent que sur la sensibilité thermique. Cette constatation est en faveur d'une lésion intramédullaire portant sur la région de la commissure grise postérieure.

Il n'est pas moins important de souligner le syndrome d'hypotonie sympathique qui se traduit à gauche, par la vasodilatation, une hypersudation et une hyperthermie locale.

Enfin, les constatations fournies par l'étude de la chronaxie sont d'un intérêt considérable, puisqu'elles montrent l'augmentation des chronaxies dans le nerf cubital du côté gauche où n'existent pas de réaction

de dégénérescence, traduisant une répercussion de la lésion névritique du côté opposé, comme Bourguignon l'a déjà signalé dans d'autres faits.

Toutes ces constatations se corroborent les unes les autres, l'évolution des phénomènes de névrite ascendante avec rétraction ultérieure de l'aponévrose palmaire, les troubles sensitifs, les troubles vaso-moteurs et la répercussion sur la chronaxie du côté opposé à la lésion initiale.

On peut donc comprendre ainsi la genèse de la maladie de Dupuytren dans le cas qui nous occupe : une lésion du cubital qui s'est accompagnée d'une irritation prolongée (persistance pendant un an d'un projectile local) a déterminé des phénomènes irritatifs se traduisant par des crises douloureuses. La dégénération ascendante a donné lieu à des altérations des cellules des cornes postérieures de la moelle. Alors interviennent des phénomènes de répercussion qui vont engendrer du côté opposé l'irritation des éléments symétriques et, à ce niveau, de la partie la plus sensible du système nerveux intramédullaire : les centres sympathiques. C'est alors qu'apparaissent le syndrome de Cl. Bernard-Horner, les troubles vaso-moteurs et trophiques et, enfin, les troubles sensitifs légers dissociés, dans un territoire exactement correspondant à la lésion initiale du côté primitivement atteint ; c'est-à-dire en C8-D1.

La maladie de Dupuytren, dans notre cas, apparaît donc essentiellement comme un *trouble trophique* et il ne nous semble pas audacieux à la lumière de ces

constatations de la rapprocher des troubles trophiques de la syringomyélie.

OBSERVATION II

(Consultation de M. Alajouanine.)

MALADIE DE DUPUYTREN BILATÉRALE AVEC TROUBLES SENSITIFS, THERMIQUES, VASCULAIRES ET SUDORAUX CHEZ UN MALADE AYANT ÉTÉ AMPUTÉ DE L'INDEX DROIT POUR BLESSURE PAR ÉCLAT D'OBUS.

Maladie de Dupuytren bilatérale. Blessure de l'annulaire droit en 1915; amputation. En 1922-1923, flexion du doigt gauche symétrique; résection de l'aponévrose palmaire à ce niveau en 1926. Dix mois plus tard, flexion du 5° doigt de la main gauche; flexion presque simultanée du 5° doigt de la main droite. En mars 1930, flexion du 3° doigt de la main gauche. Actuellement début de flexion du 3° doigt de la main droite et de l'index droit. Evolution indolente. Troubles sensitifs bilatéraux en C8-D1. Troubles vaso-moteurs bilatéraux avec hyperpulsatilité gauche. Troubles sudoraux. Elévation thermique locale gauche.

D... Jean, 48 ans, est adressé à la consultation de M. Alajouanine par le D^r Bascourret. Ce malade fut blessé au 4° doigt de la main droite, en février 1915, par un éclat d'obus. La blessure était importante : le doigt ne tenait à peu près plus à la main. Deux jours après la blessure on dut donc le désarticuler et l'amputer. Il persiste dans la paume de la main une cicatrice de l'incision qui fut faite à cette époque. Elle est linéaire et longue de 3 cm. environ. En haut, elle est souple et non rétractile. Son extrémité distale est épaissie et l'on sent sous la peau une nodosité de l'aponévrose.

Le malade, amputé, ne souffrait pas. Il conservait parfois les sensations subjectives des amputés; mais il n'ac-

cusait ni picotements, ni fourmillements, ni brûlures, tant au niveau de sa main que de sa cicatrice, ou de son membre supérieur en général.

Vers 1922 ou 1923 environ, sans cause, le 4° doigt de la main gauche commence à se fléchir. La flexion en un an et demi ou deux ans en arrive au point que le doigt touche presque la paume de la main. Il ne note pas de modifications dans la paume (le 4° doigt était seul fléchi à cette époque; et encore en 1926 lorsque le malade fut opéré dans le Service Fredet). *Ce doigt était le symétrique de celui qui avait été amputé en 1915.*

En 1926, on résèque partiellement l'aponévrose palmaire dans le Service Fredet. A la suite de cette opération, le malade retrouve à peu près toute l'extensibilité de son doigt; et actuellement la capacité fonctionnelle de ce doigt est encore à peu près normale; seule la première phalange est très légèrement bridée à sa base.

Huit ou dix mois plus tard, c'est le 5° doigt de la main gauche qui se fléchit. Cette flexion se fait progressivement jusqu'au degré où on la voit actuellement. Quant au gros épaissement que l'on remarque à la première phalange de ce doigt sur sa face palmaire, il est apparu (d'une façon appréciable pour le malade) un an environ après la flexion du 5° doigt.

C'est presque en même temps que le 5° doigt de la main droite s'est fléchi également.

La flexion du 3° doigt de la main gauche est beaucoup plus récente : elle a débuté il y a un an environ.

Le 3° doigt de la main droite commence à se fléchir également.

Légère atteinte de l'index droit.

L'évolution a été absolument indolente. Mais depuis le début le malade accuse une *moiteur des mains*, qui depuis huit ou dix mois tend à se généraliser. Parfois, les jambes étant glacées, le reste du corps est couvert de sueurs. Le froid extérieur n'influe pas sur cette transpiration. Ces troubles vaso-moteurs coïncident avec des

douleurs des membres inférieurs calmées par la position déclive.

EXAMEN le 24 mars 1931 :

Main droite. — Le 4° doigt est amputé à la racine. La cicatrice d'amputation se prolonge dans la paume sur 3 cm. environ. La plaie n'a jamais suppuré.

Au niveau de cette cicatrice l'aponévrose est rétractée et épaissie; elle l'est encore en des points de la paume que ne touchèrent pas l'incision, en dehors de celle-ci et plus bas.

Au 5° doigt la deuxième phalange est seule fléchie et se plie à 45° environ sur la première. Il n'y a aucun trouble paralytique à ce niveau.

Au 3° doigt la flexion est minime et commençante.

On sent un épaississement induré de l'aponévrose de la face palmaire de la première phalange du 2° doigt, sans limitation des mouvements.

Main gauche. — La cicatrice d'intervention sur le 4° doigt est fortement indurée à sa base.

La flexion du 5° doigt est symétrique de celle du doigt correspondant de la main droite avec rétraction de l'aponévrose à la face palmaire de la première phalange.

L'aponévrose du 4° doigt a été opérée.

La flexion du 3° doigt est plus accentuée qu'à droite; la tentative d'extension est douloureuse.

Les mains sont moites et chaudes, surtout dans leur moitié interne, même par temps froid.

La sensibilité est perturbée pour la piqure, le chaud et le froid; la discrimination est mal faite pour les faibles écarts de température. Les erreurs portent surtout sur le chaud.

Ces troubles sensitifs sont bilatéraux, ont un topographie radiculaire correspondant à C8-D1.

Réflexe pilo-moteur vif et continu sur l'avant-bras droit.

Oscillométrie. — T. A. 14-8 aux deux bras.

Il existe une hyperpulsatilité nette mais très variable

d'un moment à l'autre aux bras; et une grosse différence entre l'indice maximum du bras et celui des avant-bras.

Bras droit		Bras gauche	
14.....	1	14.....	1
13.....	2 ou 1	13.....	3
12.....	5 ou 2	12.....	3
11.....	7 ou 2	11.....	4 1/2
10.....	8 ou 3	10.....	4 1/2
9.....	6 ou 2	9.....	4
8.....	3 1/2	8.....	4
6.....	2	6.....	2 1/2
5.....	1 1/2	5.....	1
4.....	1/2	4.....	1/2

Un examen donne ultérieurement 4 1/2 aux deux bras.

Avant-bras droit		Avant-bras gauche	
14.....	0	14.....	1/2
13.....	1/2	13.....	1
12.....	1/2	12.....	1 1/2
11.....	1	11.....	1 1/2
10.....	1	10.....	2
9.....	1	9.....	2
8.....	1	8.....	1 1/2
7.....	1/2	7.....	1
6.....	1/2	6.....	1/2

Un deuxième examen donne le même résultat. Donc légère élévation de l'indice maximum à gauche par rapport à la droite de 2 à 1.

Bain chaud.

1° Avant-bras droit immergé dans l'eau à 40° pendant 10 minutes.

Indice maximum : avant-bras droit, 1 1/2 à 10; avant-bras gauche, 1 1/2 à 10.

L'avant-bras droit avait un indice de 1. Donc légère

élévation de ce côté. Léger abaissement du côté gauche non immergé.

2° L'immersion de l'avant-bras gauche ne donne rien.

3° L'épreuve du bain froid (immersion de 10 minutes dans l'eau prise au robinet) ne donne rien.

Température locale.

	Main droite	Main gauche
Eminence hypothénar.....	29°2	30°5
Eminence thénar.....	29°3	30°6

1° *Chez ce malade encore, une blessure nerveuse d'une main est à l'origine d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, qui débute de façon absolument symétrique de l'autre côté.*

Il est même curieux de voir ici comme cette symétrie est systématique :

Blessure du quatrième doigt de la main droite ; puis flexion du quatrième doigt de la main gauche.

Flexion du cinquième doigt de la main gauche ; puis, presque en même temps, flexion du cinquième doigt de la main droite.

(Nous signalons en passant, l'échec de l'opération locale qui, si elle a permis *in situ*, de rendre au doigt rétracté une partie de sa fonction, n'a pas empêché l'évolution ultérieure de la maladie de Dupuytren).

2° L'évolution a été chez ce malade absolument indolente. Il est donc difficile ici de parler d'une névrite du cubital ;

3° La maladie de Dupuytren a évolué en même temps que se développaient de très gros troubles vaso-

moteurs. Il semble donc que la rétraction de l'aponévrose palmaire soit justement liée à cette perturbation du sympathique vaso-moteur. Par quel mécanisme ? processus de stase, phénomène réflexe ? On ne peut guère répondre à ces questions. Une intervention sur le sympathique péri-artériel aurait, sans doute, rendu service à ce malade.

OBSERVATION III

(Consultation de M. Alajouanine.)

MALADIE DE DUPUYTREN DROITE

PAR NÉVRITE DU NERF MÉDIAN (?) DU MÊME CÔTÉ.

Rétraction du segment interne de l'aponévrose palmaire droite. Blessures multiples du bras droit, en 1915. Névrite du médian droit consécutive. En juin 1916, apparition d'une rétraction de l'aponévrose palmaire droite; flexion de l'annulaire et du médius droit progressive jusqu'en 1921. En février 1931, arthrite de l'épaule gauche.

EXAMEN. — *Diminution de la force musculaire de la main droite sans troubles amyotrophiques ni des réflexes. Maladie de Dupuytren droite. Troubles sensitifs discrets à tous les modes dans le territoire sous-lésionnel droit. Troubles vaso-moteurs bilatéraux. Sueurs des mains sans modifications apparente de l'oscillométrie.*

C... Paul, 65 ans, a été blessé pendant la guerre en 1915. De ses blessures multiples du bras droit, on voit encore la trace aux faces inféro-internes et inféro-externes du bras ; et même, au niveau de cette dernière cicatrice, on sent encore un petit éclat profondément enfoncé.

Ces blessures n'ont jamais suppuré, mais dans les mois qui suivirent ont apparu des douleurs, continues, sourdes,

agaçantes, brûlantes, qui s'accompagnaient de sensations de picotements et de tiraillements; tous ces phénomènes subjectifs siégeant en aval des blessures, dans l'avant-bras et la main. De même le frôlement de l'avant-bras, le poids d'un drap, une trépidation, étaient appréhendés parce que susceptibles de réveiller la douleur. Le froid aussi était mal supporté. Une pression franche, au contraire, était bien tolérée.

Des troubles de la motricité du membre supérieur droit avaient été la conséquence de ces blessures : grosse diminution de force de la main droite et des doigts que le malade ne pouvait, ni fléchir, ni écarter les uns des autres. La main était fixée en extension, les doigts raidis et collés les uns aux autres.

Les doigts, la main et l'avant-bras étaient, dit le malade, insensibles au tact et à la piqûre (territoire du médian).

Les douleurs et les troubles moteurs furent améliorés par un traitement électrique (?) en janvier 1916.

En juin 1916, un an après la blessure, le malade remarque, pour la première fois, pendant un traitement mécanothérapie, une nodosité dans la paume de la main, sur le tendon fléchisseur de l'annulaire droit. Ce doigt se fléchit peu à peu, ainsi que le médius dont la flexion est moindre.

Depuis 1921 la flexion ne s'est pas exagérée.

En février 1931, trois mois avant qu'on examine le malade pour la première fois, l'épaule gauche devient douloureuse, un jour subitement.

D'abord paroxystiques, les douleurs se sont fondues en un état de continuité, non moins pénible, avec paroxysmes très mal supportables.

Articulaires, ces douleurs irradient, en haut dans la nuque, en bas le long du bras et de l'avant-bras.

EXAMEN. — La force de la main droite est très diminuée; les réflexes sont normaux; on ne note aucune amyotrophie du membre supérieur droit.

La maladie de Dupuytren est typique :

1° Grosse nodosité aponévrotique dans la paume au niveau des tendons fléchisseurs des 3° et 4° doigts;

2° Flexion très prononcée du 4° doigt portant sur les deux premières phalanges. La troisième est en extension;

3° Flexion légère du 3° doigt avec torsion de ce doigt autour de son axe longitudinal;

4° Rotation légère du 2° doigt qui est tiré en adduction.

Troubles sensitifs. — Ils n'ont pas le caractère syringomyélique. Dans tout son ensemble, la main droite sent, tact, piqure, chaleur, froid, avec moins de subtilité qu'à gauche.

Troubles vaso-moteurs. — Ils consistent uniquement en cette moiteur des mains. L'oscillométrie, les épreuves du bain chaud et du bain froid, ne donnent aucun renseignement.

Les mouvements de l'épaule gauche sont douloureux, limités dans tous les sens, s'accompagnent de craquements.

Chez ce troisième malade il s'agit donc d'une maladie de Dupuytren liée directement à une névrite du médian.

Cette histoire est différente des deux précédentes parce que, ici, la rétraction aponévrotique est restée localisée à la main *homolatérale* de la névrite. Ici encore la sympathectomie eût été utile en 1916, et eût peut-être agi sur la rétraction commençante.

On peut se demander, et c'est pour cette raison que son médecin avait envoyé ce malade à la Salpêtrière, *quel rapport existe entre la névrite ancienne avec phénomènes douloureux et l'apparition récente (15 ans*

après) d'une arthrite de l'épaule gauche. L'élévation thermique locale très nette à la palpation du bras gauche évoque l'idée d'une arthrite avec phénomènes vaso-moteurs : d'une arthrite sympathique.

Il sera intéressant de surveiller l'aponévrose de la main gauche.

OBSERVATION IV

(M. Alajouanine.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire droite. Griffe cubitale droite. Section du nerf cubital droit pendant la guerre; suture du nerf. Gros troubles trophiques de la main, d'aspect syringomyéliques. Nodosité de l'aponévrose palmaire droite. Troubles sensitifs dans le territoire cubital sous-lésionnel. Troubles vaso-moteurs intenses.

H... Alphonse, 45 ans, a été blessé pendant la guerre par une balle qui est entrée dans la gouttière bicipitale interne du bras droit et est ressortie à la face interne de l'avant-bras. Le nerf cubital, sectionné, a été suturé.

Actuellement, le blessé a une griffe cubitale droite, avec troubles de la sensibilité dans le territoire du cubital et une amyotrophie des muscles hypothénars.

Les troubles trophiques de la main surprennent, par leur aspect syringomyélique. A voir cette main amyotrophique, dont les doigts sont mutilés, dont les ongles sont croûteux, striés, déformés en verre de montre, on croirait qu'il s'agit d'une syringomyélie.

Les troubles vaso-moteurs sont des plus nets; la main est rouge, violacée, froide.

Enfin, il existe dans la paume un épaississement de l'aponévrose qui est bridée entre les deux plis médians de la main. Il s'agit là d'une rétraction très localisée de l'aponévrose palmaire.

L'histoire de ce malade est plus banale, mais elle méritait d'être citée parce que, jusqu'ici, on n'a pas suffisamment attiré l'attention sur *la participation de l'aponévrose au processus trophique consécutif à une blessure des nerfs*.

Il ne s'agit pas, dans ces cas, d'une maladie de Dupuytren classique ; une simple nodosité de l'aponévrose palmaire entraînant une flexion minime d'un doigt, ou ne provoquant aucune flexion, est le seul retentissement trophique sur cette aponévrose. Chez plusieurs malades cet aspect a été observé. Beaucoup de mains de syringomyéliques présentent une rétraction très localisée de l'aponévrose, à côté de cas où on voit une véritable maladie de Dupuytren évoluer au cours de la syringomyélie.

Nous retrouverons ces deux états, à propos de la sclérodermie. Nous verrons alors que l'on peut distinguer deux modes d'évolution selon que la maladie est primitive ou secondaire.

* * *

La notion d'une maladie de Dupuytren coexistant avec une lésion des nerfs périphériques est déjà relativement ancienne, puisque Eulenbourg, en 1883, signalait cette éventualité.

Son malade était un pianiste « dont la rétraction palmaire avait évolué depuis deux ans, lorsqu'il en rapporta l'histoire. L'évolution s'accompagnait de douleurs spontanées, diffuses dans le tronc du cubital ;

(la sensibilité au chaud et au froid n'avait pas été explorée). Les douleurs étaient exagérées par la pression dans le territoire du cubital jusqu'au creux axillaire. L'examen électrique ne présentait rien de particulier. La mobilité des doigts était peu diminuée. »

De cette histoire, Eulenburg ne pouvait conclure qui, de la névrite ou de la rétraction aponévrotique, était responsable de l'apparition de l'autre. Il pensait donc, que si l'idée d'une névrite ascendante, conséquence de la maladie de la main, n'était pas impossible, elle reposait sur des bases fragiles, puisque la névrite cubitale est exceptionnellement observée au cours de la maladie de Dupuytren (ce qui n'est pas une raison suffisante).

Chez tous les malades dont l'histoire est rapportée ici, il est net que la maladie de Dupuytren est secondaire à une lésion nerveuse dont elle n'est pas responsable.

Cenas a vu se développer une maladie de Dupuytren du côté opposé au membre traumatisé ; et, tout comme pour le malade de l'observation I, il conclut à un stade médullaire.

Tinel cite deux observations de malades qui, à la suite d'une blessure du cubital légère, firent une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Laignel-Lavastine et G. Nogues, ont rapporté à la Société de Neurologie du 2 mai 1918, un cas de maladie de Dupuytren unilatérale, par lésion traumatique légère du cubital. Dans leur cas il n'y avait pas de troubles moteurs ni sensitifs.

D'autres auteurs ont observé des faits analogues. Parmi leurs 29 observations, A. B. Kannavel ; S. L. Koch et M. L. Mason citent simplement un traumatisme à l'origine de certains cas de maladie de Dupuytren qu'ils ont examinés. Une seule mérite d'être retenue parce que la maladie de Dupuytren se développa, bilatérale, quelques mois après une blessure du 4^e doigt de la main droite.

La possibilité d'une maladie de Dupuytren comme conséquence d'une lésion des nerfs périphériques ne fait donc pas de doute, lésion du nerf cubital en particulier. L'histoire des quatre malades que nous avons eu l'occasion d'examiner permet d'affirmer que leur rétraction était consécutive, pour trois d'entre eux, à une lésion du nerf cubital ; pour le malade de l'observation III à une névrite du médian.

Chez les uns (malades des observations III et IV), c'est la lésion nerveuse qui, directement, a été la cause de la rétraction de l'aponévrose palmaire, puisque cette rétraction est demeurée unilatérale et homologue de la lésion.

Au contraire, les malades des observations I et II virent leur maladie de Dupuytren se développer d'abord du côté opposé à la lésion initiale. Chez l'un elle resta hétérolatérale ; chez l'autre elle devint bilatérale.

Si, provisoirement, et avec beaucoup de réserves, on considère l'arthrite de l'épaule gauche du malade de l'observation III comme une suite évolutive de la

lésion du médian droit, il faut bien admettre à ce passage un stade médullaire.

On voit que l'histoire de deux de ces hommes, trois, peut-être, comporte un stade médullaire, particulièrement évident chez celui de l'observation I.

Ce que sont ces lésions, leur siège, sera étudié dans un chapitre suivant. Pour le moment il suffit de savoir qu'il existe des cas indubitables de rétraction palmaire consécutifs à une névrite du médian ou du cubital.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et polynévrite.

A ces malades dont la rétraction palmaire est évidemment consécutive à une lésion des nerfs périphériques, on peut rattacher le malade de l'observation suivante qui avait une polynévrite, probablement d'origine éthylique.

OBSERVATION V

(M. Alajouanine.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire bilatérale. En novembre 1930, paresthésies des deux derniers doigts de la main droite. En février 1931, griffe des cinq doigts de cette main; rétraction de l'aponévrose palmaire. En mars 1931, extension des troubles sensitivo-moteurs aux membres inférieurs.

EXAMEN (nov. 1931). — *Maladie de Dupuytren bilatérale (rétraction gauche passée inaperçue jusqu'à l'examen). Polynévrite des quatre membres. Aux membres inférieurs atteinte des péroniers surtout. Réflexes tendineux presque abolis; abolis aux membres supérieurs. Douleur à la pression des masses musculaires. Troubles sensitifs globaux et généralisés. Signe de Romberg.*

Amyotrophie des quatre membres.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — *R. D. partielle dans tous les*

muscles des membres inférieurs. Hypoexcitabilité musculaire au galvanique avec réaction normale au faradique aux membres supérieurs. Réponse normale des nerfs au membre supérieur.

P. L. négative.

Ethylisme chronique.

L... Célestin, 56 ans, entre à l'hôpital parce qu'il se plaint d'une impotence des mains et des jambes.

Vers le mois de novembre 1930 il a ressenti un engourdissement, des fourmillements de l'extrémité des deux derniers doigts de la main droite et une hypoesthésie des dernières phalanges de ces doigts.

Au mois de février 1931, se constitue une griffe des cinq doigts de cette main; l'aponévrose se rétracte; et, par la suite, la griffe des quatre derniers doigts demeure irréductible.

Vers la même époque apparaissent des douleurs et de l'impotence de l'articulation de l'épaule droite, il en demeure des séquelles : ankylose partielle avec limitation des mouvements d'abduction du bras surtout.

C'est à la fin de février et au début de mars 1931 qu'apparaissent des troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs : faiblesse des jambes, sensation d'engourdissement des orteils.

Actuellement, le malade présente des signes de polynévrite des quatre membres.

Au membre inférieur. — La démarche se fait en traînant les jambes qui sont lourdes. La diminution de force à la résistance passive porte surtout sur les péroniers et les jambiers antérieurs.

Les réflexes tendineux sont à peu près abolis. Les cutanés plantaires se font en flexion.

Les troubles sensitifs sont globaux et sans topographie systématisée. Ce sont : une hypoesthésie cutanée et douloureuse avec troubles de la sensibilité profonde, con-

sistant en erreurs dans la notion de position des orteils. La pression des masses musculaires est douloureuse.

La démarche est ataxique avec signe de Romberg positif.

Au membre supérieur. — L'atrophie musculaire est considérable; elle frappe les muscles de la main : éminence thénar surtout; mais aussi le deltoïde, le biceps, droits surtout.

Les territoires amyotrophiés sont sans force. Les réflexes du membre supérieur sont abolis.

Les troubles de la sensibilité consistent : en une hypoesthésie de la face palmaire des doigts et de l'extrémité de la main. Des erreurs, discrètes, au chaud et au froid ne portent que sur la moitié interne de la main droite.

Les quatre derniers doigts de la main droite sont en griffe et l'aponévrose palmaire de cette main est rétractée. A gauche la rétraction n'est qu'ébauchée.

L'examen électrique pratiqué dans le service du Dr Bourguignon donne :

Membre supérieur : Légère hypoexcitabilité au galvanique et lenteur musculaire du deltoïde et du biceps; de même pour les muscles de l'avant-bras.

Réactions normales, au faradique.

Hypoexcitabilité au galvanique avec lenteur musculaire des deux éminences thénar et hypothénar aux deux mains.

Les nerfs répondent bien.

Membre inférieur : Mêmes remarques qu'au membre supérieur.

Un examen ultérieur donne :

R. D. partielle dans tous les muscles des deux membres inférieurs; assez prononcée dans le quadriceps, le jambier antérieur et l'extenseur commun et propre des masses plantaires; très légère, ailleurs.

Ce malade est un alcoolique qui a fait des accidents, tuberculeux :

Une pleurésie à 15 ans;

Une épididymite droite, tuberculeuse, ayant nécessité la castration.

Sa femme est morte de bacillose pulmonaire.

La ponction lombaire est négative.

Pour ce cinquième malade la rétraction palmaire est contemporaine du début d'une polynévrite. Cette polynévrite permet de les rattacher l'une à l'autre.

Plusieurs auteurs parlent de maladie de Dupuyten survenues au cours de polynévrites saturnines, sans que nous ayons pu trouver d'observations publiées de ces faits.

Des observations anciennes, trop peu précises, parlent des rétractions de l'aponévrose palmaire survenues chez des diabétiques. Peut-être s'agissait-il de diabète nerveux ?

Citons le cas rapporté dans un autre chapitre : le malade L. Martial (Obs. XIII) dont le diabète découvert en 1920, avait précédé de trois ans le début d'une rétraction de l'aponévrose palmaire. Or ce malade fit, à cette époque, une monoplégie brachiale fruste, dont il ne reste actuellement aucun signe.

Ainsi les cinq malades de ce chapitre sont tout à fait convaincants. Chez eux, il n'y a aucun doute qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire ne fut consécutive d'une atteinte du système nerveux périphérique.

Si l'on ajoute à ces observations celles qui ont été publiées depuis Eulenburg, il apparaît que ces cas

ne sont pas des raretés ; et que les atteintes du cubital, parfois du médian, des polynévrites même, peuvent être à l'origine de certains cas de rétractions de l'aponévrose palmaire.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et lésions médullaires.

A propos des observations I et II du présent travail on avait déjà signalé que certains signes permettaient de penser à un stade médullaire de la maladie.

Dans l'observation I, sont en faveur de cette période médullaire :

- 1° Le développement de la douleur et l'apparition d'une douleur du côté opposé à la névrite cubitale initiale ;
- 2° Les troubles sensitifs radiculaires bilatéraux ;
- 3° Le syndrome sympathique de Claude Bernard-Horner.

Les troubles vaso-moteurs bilatéraux, l'augmentation des chronaxies à gauche (côté de la rétraction) rentrent dans le cadre des phénomènes de répercussivité sympathique et sont d'une interprétation plus délicate.

Chez le malade de l'observation II, permettent de penser à une atteinte médullaire :

- 1° Le début de la rétraction de l'aponévrose pal-

maire symétriquement du côté opposé à la blessure de l'annulaire droit ;

2° L'évolution à bascule des rétractions aponévrotiques malgré une intervention locale sur la première bride aponévrotique ;

3° Les troubles sensitifs syringomyéliques radiculaires bilatéraux ;

4° Peut-être aussi l'élévation de température locale gauche, avec hyperpulsatilité gauche, la même réserve étant faite sur son interprétation comme sur celle des troubles vaso-moteurs bilatéraux.

Enfin, si l'on admet que l'arthrite ankylosante gauche du malade de l'observation III est une arthropathie nerveuse, sympathique, celle-ci s'étant développée du côté opposé à la névrite droite, on peut penser encore que, chez ce malade, on assiste à la période médullaire d'une évolution de névrite à bascule.

Chez certains malades examinés à la consultation et dans le Service de M. Alajouanine, une rétraction de l'aponévrose palmaire *coexistait avec une maladie de la moelle*.

OBSERVATION VI

(Consultation de M. Alajouanine.)

MALADIE DE DUPUYTREN ET MAL DE POTT CERVICO-DORSAL
SUPÉRIEUR.

*Collection froide par ostéite de la 3^e vertèbre dorsale.
Rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire. Nodosités des aponévroses palmaires depuis 1917, sans*

limitation de la flexion. En 1929, flexion rapide des deux auriculaires. En novembre-décembre 1930, flexion du 4° doigt de la main droite. Au début de janvier 1931, découverte fortuite d'une collection froide de la région dorsale supérieure, par ostéite de la 3° vertèbre dorsale constatée à la radio. Pus contenant des bacilles de Koch.

EXAMEN (le 24 avril 1931). — *Rétraction palmaire bilatérale. A droite: flexion des 5° et 4° doigts; à gauche: flexion légère du 4° doigt. Légère amyotrophie du bras gauche. Réflexes exagérés au membre supérieur gauche. Troubles sensitifs pseudo-syringomyéliques radiculaires bilatéraux en C8-D1. Légère hyperpulsatilité du membre supérieur gauche. Réflexe pilo-moteur intense à limite inférieure en D7. Sudation exagérée dans le même territoire par injection de 1 cgr. de pilocarpine.*

V... Emile, 50 ans, a constaté de petites nodosités dans la paume de ses mains en 1917; nodosités qu'il attribue à un séjour dans la neige.

Pourtant, cette très légère rétraction demeura stationnaire jusqu'en 1929, sans entraîner de flexion des doigts. Au début de 1929, le 5° doigt de la main gauche, puis le 5° doigt de la main droite s'infléchissent assez rapidement et presque simultanément : en six mois ils sont fléchis comme maintenant.

Vers novembre ou décembre 1930 (six mois environ avant le premier examen), le 4° doigt de la main droite se fléchit à son tour. La légère flexion du 4° doigt de la main gauche, ni celle, plus légère encore du 3° doigt de la main droite, n'avait attiré l'attention du malade.

Au début de janvier 1931, fortuitement, fut découverte une tumeur de la région dorsale supérieure. A cette époque le malade s'aperçut, qu'à porter ses bras en arrière pour mettre son veston, il souffrait; de même, la flexion du tronc en avant était douloureuse. Inquiet, il

se fit examiner et l'on découvrit un abcès que la radiographie et l'opération permirent de rattacher à une lésion d'ostéite de la troisième vertèbre dorsale. Le pus de nature bacillaire contenait des bacilles de Koch. Actuellement cet abcès est fistulisé : un pus caractéristique s'en échappe.

L'examen (le 24 avril 1931) montre une légère amyotrophie du membre supérieur gauche; une exagération des réflexes tendineux et périostés de ce côté. La motilité, la force musculaire de ce côté sont normales.

Sensibilité. — La sensibilité thermique est perturbée en C8-D1. Le malade sent mal le chaud et le froid, surtout aux deux derniers doigts de la main droite.

Oscillométrie.

Avant-bras gauche		Avant-bras droit	
15.....	1	15.....	1/2
14.....	1 1/2	14.....	1
13.....	2 1/2	13.....	1 1/2
12.....	2 3/4	12.....	1 3/4
11.....	3	11.....	2
10.....	2 3/4	10.....	2
9.....	2	9.....	1 1/2
8.....	1 1/2	8.....	1
7.....	1	7.....	1/2
6.....	1	6.....	1/2
5.....	1/2	5.....	0

Bain chaud.

Avant-bras droit, 10 minutes à 40°.

Indice maximum : 2 1/2 à 10.

Donc légère augmentation de l'indice oscillométrique après bain chaud à droite.

Avant-bras gauche, 10 minutes à 40°.

Indice maximum : 3 1/2 à 11.

Donc légère augmentation de l'indice maximum à gauche.

Phénomène de la chair de poule, intense, s'arrêtant à D7 environ et provoqué par la moindre excitation : lorsque le malade retire sa chemise, par exemple, ou par les moyens habituels.

Epreuve de la pilocarpine. — 1 centigr. de pilocarpine sous-cutanée. Au bout d'un quart d'heure la réaction est intense au front qui est rouge et transpire.

Après une demi-heure elle gagne le dos, les bras et les avant-bras, prédominant au membre supérieur droit où elle s'accompagne d'un phénomène pilo-moteur intense.

Deuxième examen (le 27 avril. — Les troubles de la sensibilité au chaud et au froid sont des plus nets dans la même région, C8-D1.

En somme, début de rétraction de l'aponévrose palmaire en 1917, ayant eu une cause obscure et pour laquelle le malade donne une explication romanesque. Cette rétraction resta peu de chose jusqu'à la fin de 1929. Or, au début de 1930, on découvrait que ce malade avait collecté un gros abcès froid, dû à une bacillose de la troisième vertèbre dorsale.

Il est certain qu'une telle bacillose, silencieuse, évoluait déjà depuis plusieurs mois lorsque fut découverte la collection purulente. Il est permis d'admettre qu'elle précéda, ou au moins, qu'elle fut contemporaine de l'importante exagération de cette rétraction des aponévroses palmaires, qui avait peu indisposé la malade jusqu'en 1929.

OBSERVATION VII

(Communiquée par notre ami le Dr Jean Weill.)

RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE ET HÉMATOMYÉLIE.

En octobre 1915, forte commotion par éclatement d'obus. Coma pendant plusieurs jours. Un mois et demi plus tard, début de flexion des deux derniers doigts de la main droite. Résection de l'aponévrose palmaire en juillet 1916. Traitement mécanothérapique. Reprise des symptômes. En avril 1917 sont fléchis : les deux derniers doigts des deux mains. Extension progressive aux autres doigts les années suivantes. En 1929, ictus avec hémiparésie droite, flexion de l'index et du médius de la main droite.

T... Camille, âgé de 59 ans, dont la maladie de Dupuytren est apparue un mois et demi après une très violente commotion de guerre, voici son histoire :

En octobre 1915 il est fortement commotionné par un éclatement d'obus (il est enterré). Des conséquences de cette commotion il ne peut donner aucun détail, car il resta plusieurs jours dans le coma. Toujours est-il que par la suite il récupéra entièrement sa motilité et ne présente, semble-t-il, aucun trouble sensitif. Il ne sait si une ponction lombaire fut pratiquée.

Un mois et demi plus tard, les deux derniers doigts de sa main droite commencèrent à se fléchir; et, en quelques semaines la flexion fut telle qu'on peut l'observer aujourd'hui : c'est-à-dire, très marquée, la pulpe des doigts venant au contact de la paume.

En avril 1916, évacué pour cette raison, il subit une intervention locale; en juillet de la même année, on pratique la résection de l'aponévrose palmaire et on complète par une rééducation mécanothérapique.

Mais la récédive suit de peu l'opération et, cette fois, les doigts symétriques de la main gauche se fléchissent en même temps que ceux de la main droite. Vers avril

1917, la rétraction avec flexion des derniers doigts était constituée, aussi intense qu'on peut la voir aujourd'hui.

Ce ne fut qu'au cours des années suivantes qu'une progression régulière de la maladie entrava les autres doigts des mains, index et médius, moins fléchis que les annulaires et les auriculaires.

Cette progression subit un coup de fouet en 1929, pour l'index et le médius de la main droite, à l'occasion d'un ictus suivi d'une hémiparésie droite.

Il n'y eut jamais, dit le malade, d'exagération de la sueur, ni de troubles sensitifs subjectifs. Les mains sont sèches, à la palpation; la température locale est normale et symétrique.

L'oscillométrie est d'amplitude normale, et égale des deux côtés.

Pas de syndrome de Claude Bernard-Horner.

Chez ce malade, encore, il est évident qu'il existe un rapport de cause à effet entre la grosse commotion qui le plongea dans le coma pendant plusieurs jours en octobre 1915, et la rétraction de l'aponévrose palmaire qui débuta un mois et demi plus tard et ne cessa d'évoluer depuis.

Enfin, on ne peut négliger la coïncidence de la flexion rapide de l'index et du médius de la main droite avec un ictus, suivi d'hémiparésie droite, survenu en 1929.

OBSERVATION VIII

(Malade adressé par le Dr Bascourret.)

RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE SURVENUE A LA
SUITE D'UNE SYNCOPÉ, CHEZ UN MALADE ATTEINT DE
POULS LENT PERMANENT (MALADIE DE STOCKES-ADAM).

Pouls lent permanent mal compensé avec nombreu-

ses syncopes. En janvier 1931, au cours d'une syncope, brûlure de la main droite contre un radiateur. Indolence absolue des brûlures dans les jours qui suivent. Trois semaines après, début de rétraction de l'aponévrose palmaire ; flexion rapide des doigts, même hors des zones brûlées. Début de rétraction de l'aponévrose palmaire gauche.

EXAMEN. — *Outre la rétraction de l'aponévrose palmaire, nombreux troubles trophiques de la main droite. Troubles bilatéraux de la sensibilité, en C8-D1.*

P... Eugène, 67 ans, est atteint d'une maladie d'Adam-Stokes (pouls à 32) mal compensée, avec de nombreuses syncopes et suivie dans le Service de M. le Prof. Clerc.

Le 5 ou le 6 janvier 1931, au cours d'une syncope, il se brûle la main droite contre un radiateur. Il ne s'en aperçoit pas, et c'est seulement une heure après que la surveillante de la salle, en prenant son service, constate fortuitement cette brûlure dont il ne souffre absolument pas. Les jours qui ont suivi, les pansements sont absolument indolents.

Pendant trois semaines à un mois environ, les mouvements des doigts demeurent possibles. C'est au début de février qu'il constate que les quatre derniers doigts de la main droite ont perdu de leur extensibilité et aussi qu'ils commencent à se fléchir. Le malade ne peut préciser quel doigt s'est fléchi le premier.

Très rapidement, les jours et les semaines qui suivirent, les doigts se fléchirent jusqu'au point où ils sont actuellement.

L'extension est devenue impossible; l'abduction des quatre derniers doigts également. Il n'a prêté aucune attention aux modifications qui sont survenues dans la paume de sa main, ni au gonflement, ni à l'élévation de température. « Je ne sentais rien, je ne faisais pas attention à ma main », dit-il.



РНОТО 2.

P... Eugène, 67 ans. Maladie de Dupuytren survenue à la suite d'une syncope au cours d'une maladie de Stokes-Adam, on voit des cicatrices de brûlures à la base des quatrième et cinquième doigts de la main droite ; mais le troisième doigt est fléchi et l'aponévrose palmaire rétractée. Noter le début de rétraction de l'aponévrose palmaire gauche, sans flexion des doigts.

Actuellement, P... présente une rétraction de l'aponévrose palmaire droite et un début très discret de rétraction à gauche;

Une flexion des quatre derniers doigts de la main droite;

Des modifications de la peau et des phanères;

Des troubles vasculaires;

Des troubles de la sensibilité objective;

Des modifications du squelette visibles à la radiographie.

La rétraction de l'aponévrose palmaire est typique. On en voit les nodosités sur la photographie. Ces nodosités forment des fossettes; celle du troisième espace intermétacarpien est particulièrement nette.

La flexion des doigts. — Ce sont les quatre derniers doigts qui sont fléchis. Le quatrième est le plus fléchi. La flexion porte sur les deux dernières phalanges; la phalangette du 5° doigt est toutefois peu mobile dans l'extension. La flexion de la première phalange se fait à 45° environ sur le métacarpien. La deuxième phalange est fléchie à 45° sur la première.

Les doigts sont collés les uns aux autres et les mouvements d'abduction sont très limités pour le deuxième doigt, impossibles pour les trois derniers.

La brûlure est, certes, responsable, en partie, de la flexion de la première phalange des deux derniers doigts. Mais, même le deuxième doigt, qui pourtant ne porte aucune trace de blessure, est fléchi presque autant que les autres.

La main est gonflée, œdémateuse, chaude; le malade la tient habituellement en hyperextension légère.

L'œdème. — C'est une infiltration tégumentaire qui siège surtout au dos de la main; à la racine des doigts; à la face palmaire des quatre derniers doigts, sur leur première phalange. Cet œdème est élastique, ferme; il est assez variable d'un jour à l'autre; il a considérable-

ment augmenté entre un premier examen et un second; il est indolent spontanément et à la palpation.

La peau est fine, facile à plisser, plus que normalement; plus que celle de l'autre main; les veines y sont saillantes.

Les ongles sont secs, striés, soulevés par de petites bulles qui les clivent. Cette modification des ongles prédomine à droite, mais existe aussi à gauche.

A la base des deux derniers doigts persistent des cicatrices de brûlures; elles sont rétractiles et croûteuses. Il en existe encore une autre, étoilée, indurée comme un durillon, entourée d'une zone télangiectasique étoilée. Et ces différentes cicatrices semblent bien persistantes et organisées pour une brûlure, somme toute peu profonde, et déjà vieille de deux mois et demi.

Il n'y a pas, subjectivement, de troubles douloureux. Le malade craint le froid plutôt que le chaud. Rappelons, en outre, qu'il n'a pas souffert de ses brûlures, malgré leur étendue, et ne s'en est même pas aperçu spontanément.

Objectivement : *Modifications thermiques*. — La main droite, dans son ensemble, est chaude, beaucoup plus chaude que la gauche; plus chaude aussi que l'avant-bras droit. Cette élévation de la température est appréciable à la palpation grossière. Elle est bien mise en évidence par la prise de la température locale qui donne :

Main droite (côté de la rétraction) :

Eminence hypothénar 34°2

Eminence thénar 33°2

Main gauche (saine).

Eminence hypothénar 29°8

Eminence thénar 30°5

Les troubles sensitifs objectifs sont discrets, bilatéraux, du type de la dissociation syringomyélique. On ne

peut leur attribuer une topographie précise. Le trouble de la sensibilité thermique n'est décelé nettement que lorsqu'on le met en évidence au moyen d'un tube très chaud (presque impossible à tenir). Dans ce cas, le malade répond à l'excitation par une sensation de froid, surtout au niveau des éminences hypothénar. Il y a peu d'erreurs pour une excitation froide.

L'oscillométrie. — Il n'y a pas, aux deux poignets, de grosses disproportions entre l'indice oscillométrique et la tension artérielle. Le malade est un hypertendu, syphilitique probable, atteint de maladie de Stokes-Adam.

La tension artérielle est, aux bras, de 25,8 au Vaquez.

L'indice maximum est de 5 1/2 à l'avant-bras gauche; de 7 à l'avant-bras droit; de 12 aux deux bras. Il y a donc une grosse différence entre l'indice oscillométrique aux bras et aux avant-bras; une différence de l'indice entre le poignet droit et le poignet gauche (1° 1/2 à 2°).

Les épreuves du bain chaud et du bain froid, pratiquées par le Dr Mage, donnent peu de modifications de l'indice : une légère élévation de l'indice après bain froid, avec réflexe contro-latéral.

L'épreuve de la pilocarpine n'a pas été tentée à cause de l'affection cardiaque du malade.

Radiographie. — Ostéoporose généralisée de la main et de l'avant-bras droit.

T. A. 25-8 au Vaquez, aux deux bras.

L'examen électrique, pratiqué par le Dr Mathieu, montre une chronaxie normale, au niveau des nerfs cubital droit et gauche (cubital antérieur du coude); au niveau des nerfs cubital droit et gauche (au niveau du poignet); au niveau des deux courts abducteurs du 5°.

Sans vouloir discuter la nature des lésions qui sont à l'origine de la rétraction de l'aponévrose palmaire de ce malade, on peut noter immédiatement le rapport

qui existe entre l'apparition de celle-ci, dans ce cas, et la syncope qui la précéda.

Toutefois, ici, une hésitation pourrait persister sur la véritable cause de cette rétraction, en raison de la brûlure de la main droite, que provoqua la chute sur un radiateur à haute température. Il ne semble pas que cette brûlure soit la véritable cause de la flexion permanente des doigts, pour plusieurs raisons :

- 1° La rétraction ne siégea pas seulement aux points où la paume de la main fut brûlée ;
- 2° Cette brûlure, quoique importante, n'atteignit pas, en profondeur, l'aponévrose palmaire, et resta localisée aux plans cutanés.
- 3° Enfin, il y eut et il persista des troubles trophiques importants.

Ces raisons ne sont pas suffisantes, car les cicatrices peuvent très bien avoir été plus profondes que les brûlures elles-mêmes ; et une fois l'aponévrose palmaire atteinte, celle-ci peut s'être rétractée au-delà des lésions initiales.

Quelques points sont, par contre, décisifs, à notre avis, en faveur d'une lésion médullaire :

- 1° C'est dès le début, et avant la rétraction de l'aponévrose que furent notés les troubles de la sensibilité thermique, et à la douleur. Pendant la syncope, on comprend l'abolition de la sensibilité ; dans les semaines qui suivirent,

on ne peut l'admettre que si l'on envisage une interruption de cette voie sensitive.

2° Ces troubles sensitifs à topographie radiculaire, siègent en C8-DI ; et sont bilatéraux. Ce point est particulièrement important.

3° Enfin, une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche est au début.

Quelque soit le mécanisme invoqué, les deux derniers faits plaident en faveur d'une lésion des centres de la moelle ; le premier permet de soupçonner que cette lésion médullaire n'est pas secondaire à une névrite ascendante, dont le point de départ aurait été à la main brûlée, mais qu'elle fut initiale et qu'elle porta sur une zone où se trouvent des centres de la sensibilité thermique : c'est-à-dire dans la région de la commissure postérieure.

OBSERVATION IX

(M. Alajouanine.)

AMYOTROPIE ARAN-DUCHENNE BILATÉRALE, A DÉBUT BRUSQUE (POLYOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGÜE). RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE.

Amyotrophie des muscles de la main ayant débuté brusquement, en septembre 1921, s'étant accompagnée de phénomènes crampoïdes sans signes infectieux appréciables; les crampes ont disparu en 1922. En 1923, apparition d'une flexion permanente des doigts, bilatérale et symétrique, et portant sur les quatre derniers doigts, rétraction des aponévroses palmaires. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes

des membres supérieurs conservés. Rien aux membres inférieurs.

T... Pierre, 24 ans, employé des postes, a été examiné, en 1924, par M. Alajouanine, qui avait écrit ce qui suit sur ce malade :

Le malade vient pour une amyotrophie de la main et une attitude anormale des doigts.

Histoire. — Le début de ces troubles remonte à septembre 1921. Il était, à ce moment-là, à Stettin. Il attribue le début de ces troubles à une baignade dans la Baltique; il s'est trouvé entraîné, ne pouvant plus rejoindre la côte et il a dû peiner pendant une demi-heure pour revenir à terre.

A partir de ce moment, il lui fut impossible de boutonner ses vêtements. On dut l'aider, sa main ayant une attitude de crampe qui disparut le soir.

Dans les jours suivants, il remarqua une sensibilité au froid. Le matin, sa main s'engourdissait facilement, surtout sous forme de crampe avec flexion des dernières phalanges; pas de fourmillements, pas de douleurs, pas de phénomènes paresthésiques.

Depuis, ces phénomènes ont toujours continué, apparaissant le matin avec le froid, disparaissant dans la journée, et ils ont complètement cessé l'été suivant.

Quant à l'amaigrissement de la main, il est difficile d'obtenir des précisions sur son début. Cet amaigrissement de la main existait au début de l'hiver 1921-1922 et il semble qu'il soit survenu du jour au lendemain. Du moins le malade s'en est aperçu tout à coup. Il se serait constitué en quelques jours (une semaine), en septembre 1921, et ne s'est pas accompagné d'impotence complète, puisque le sujet a continué à dessiner.

Egalement, il n'y eut aucun phénomène infectieux, ni température, ni malaise, ni angine. Depuis, l'amaigrissement n'aurait ni progressé, ni régressé.

Enfin, la modification permanente des doigts s'est ins-

tallée depuis un an. Elle n'aurait pas augmenté sensiblement. Le sujet continue à avoir de fortes modifications de sa gêne fonctionnelle le matin et dans la journée, quand il fait froid.

EXAMEN. — La main présente une attitude particulière :

La première phalange est en hyperextension sur les métacarpiens; la deuxième phalange est en demi-flexion sur la première. Il n'y a pas de modification de l'attitude du pouce.

En plus de cette attitude, on note un amaigrissement du dos de la main avec exagération des espaces interosseux. Enfin, le premier espace interosseux est très fortement déprimé.

A la paume de la main, l'aplatissement est d'une main simienne typique.

Les déformations sont bilatérales et symétriques et s'arrêtent au poignet.

Au point de vue moteur, sauf l'extension des deux dernières phalanges sur la première, qui n'est pas possible, tous les mouvements volontaires sont normaux. La force musculaire est diminuée dans la flexion de la main. Tous les autres mouvements ont une force normale, sauf l'opposition du pouce qui est très faible et l'écartement des doigts qui est à peu près impossible. Flexion, extension des poignets sont normales.

Palpation. — On sent la grosse atrophie de tous les muscles de l'éminence thénar, et de l'abducteur du pouce en particulier. L'hypothenar est également très atrophie.

Enfin, on sent que la peau de la paume de la main est très épaisse, calleuse, comme avec des durillons, et qu'enfin, il existe une saillie de l'aponévrose palmaire qui s'exagère lorsqu'on réduit l'attitude des doigts et qui est plus marquée à la main gauche qu'à la droite.

Réflexes. — Tous existent, radio-pronateur, cubitiaux, olécraniens. Pas de troubles de la sensibilité tactile,

thermique, à la douleur. Pas de troubles de la sensibilité profonde.

Au membre inférieur, rien d'anormal. Cutané-plantaire en flexion.

Ce malade qui n'a pu, malheureusement, être revu depuis l'examen de 1924, présentait donc :

- 1° une amyotrophie des muscles de la main ;
- 2° une flexion permanente des quatre derniers doigts des deux mains ;
- 3° dans les paumes, des nodosités caractéristiques d'une rétraction des aponévroses palmaires.

Ces rétractions furent postérieures au début brusque de l'amyotrophie, qui ne s'était pas accompagné de phénomènes infectieux notables pour le malade, mais qui s'était fait par des phénomènes crampoïdes, tels qu'on a pu en observer au cours de certaines poliomyélites. M. Alajouanine avait, à cette époque, porté le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë.

On peut donc, chez ce malade, considérer que la rétraction des aponévroses palmaires, bilatérales et symétriques, fut la conséquence de cette forme, par ailleurs, fort intéressante, de poliomyélite.

OBSERVATION X

(M. Alajouanine.)

En 1915, commotion, suivie d'une sciatique radiculaire droite. En 1917, phlegmon de la gaine synoviale des tendons extenseurs de la main droite, ayant provo-

qué d'importants troubles trophiques et moteurs de cette main.

En 1922, douleurs de névrite sciatique qui reviennent depuis chaque hiver. Crampes douloureuses dans le mollet droit. Sensations de strictions articulaires au membre inférieur droit.

En 1924, troubles moteurs du membre inférieur droit. Parésie du sciatique poplité externe. Steppage.

En 1926, douleurs sympathiques de la main droite. Crises d'asphyxie locale des doigts de cette main. Rétraction très localisée de l'aponévrose palmaire droite sans flexion des doigts.

EXAMEN (le 27 mars 1931). — *Signes d'atteinte périphérique (reliquat de sciatique droite). Signes pyramidaux : Diminution de la force de flexion à la racine du membre. Babinski en extension à gauche. Réflexes tendineux vifs de ce côté. Grosse amyotrophie du membre inférieur droit. Diminution de force du membre supérieur droit portant surtout sur la flexion, l'abaissement de l'épaule. A la main, la force de tous les groupes est à peu près abolie. Atteinte plus discrète de la force musculaire à gauche. Exagération des réflexes du membre supérieur droit. Troubles de la sensibilité, bilatéraux, en C8-D1, de type pseudo-syringomyéliques. Troubles trophiques de la main. Rétraction de l'aponévrose palmaire droite.*

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — *Très légère lenteur au niveau des membres supérieurs et inférieurs.*

R... Hubert, 55 ans, est envoyé à la consultation de M. Alajouanine par le D^r Jacob. Ce malade fut, tout d'abord, fortement commotionné par une explosion d'obus en 1915. Dans les trois mois qui suivirent, il souffrit d'une sciatique radiculaire droite qui guérit.

En 1917, il se pique avec un fil de fer barbelé, à la base de la première phalange du deuxième doigt de la

main droite. Cette piqûre provoque un phlegmon qui touche la gaine synoviale dorsale et nécessite une large incision dont on voit encore la cicatrice au dos du doigt et de la main. Depuis cette époque, la motilité volontaire de la main s'est trouvée gênée et des troubles trophiques se sont installés qui persistent encore.

En 1922, réapparaissent des douleurs sciatiques droites. Elles siègent dans la fesse et irradient à la face postérieure de la cuisse jusqu'au genou. Mais leur caractère, leur horaire ont un aspect bien nouveau : ce sont, en effet, des crises paroxystiques durant environ une heure, donnant une impression pénible d'élancement. Ces crises, surtout hivernales, obligent le malade à interrompre tout travail, tout effort, pendant une quinzaine de jours chaque hiver. En même temps, le malade se plaint de crampes douloureuses dans le mollet droit, survenant surtout la nuit; de douleurs articulaires et osseuses dans le genou du même côté. Il a la sensation que sa jambe est serrée dans un étau. Désormais il souffrira de la sorte jusqu'à maintenant.

En 1924, deux ans après le réveil de ces douleurs, apparaissent des troubles du membre inférieur droit : la marche, qui est pénible et douloureuse, fait boiter le malade; il bute, il doit lever haut le pied droit, il use la pointe de son soulier avant le reste de la semelle, bref, il *steppe*.

En 1926, c'est la main qui devient douloureuse; elle est engourdie; les doigts sont criblés de picotements. A ces phénomènes douloureux, s'ajoutent des signes vasculaires : des accès d'asphyxie paroxystiques des extrémités. Pendant ces crises, le bout des doigts devient subitement blanc et insensible. La limite de cette asphyxie est nette, un peu au-dessus des extrémités proximales des deuxième phalanges. Ces crises surviennent surtout lorsque la main trempe dans l'eau froide ou dans l'essence de thérébentine (dont il se sert pour laver les caractères d'imprimerie), ou encore, en hiver. La frilosité

atteint aussi le pied droit au niveau duquel il n'éprouve pas de phénomènes asphyxiques.

En même temps que s'aggravaient les phénomènes douloureux et moteurs de la main droite, vers 1926, apparaissait dans cette main une nodosité dure et épaisse de la portion interne de la paume, constituant un début de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Les phénomènes moteurs sont allés en augmentant progressivement et, aujourd'hui, le malade a dû suspendre tout travail depuis un mois.

EXAMEN (le 27 mars 1931) :

Le malade est atteint d'une hémiplegie droite manifeste, avec signes pyramidaux et signes d'atteinte périphérique et des cornes antérieures de la moelle.

Il présente, en outre, une atteinte fruste du côté gauche.

La marche se fait en steppant, à droite. Elle est peu assurée et le déséquilibre s'accroît lorsque le malade pivote. Elle est, en outre, spasmodique. La jambe est contracturée, en extension.

Des signes d'hypotonie statique, avec déséquilibre, ont été retrouvés; nous n'y insistons pas.

La force musculaire des raccourcisseurs est touchée à la racine des membres inférieurs droit et gauche. A droite, la force des allongeurs du pied est touchée, séquelle de l'atteinte périphérique ancienne.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs à gauche; à droite, ils sont polycinétiques avec clonus du pied.

Le signe de Babinski se fait franchement en extension à droite; à gauche, il est moins net.

A la cuisse droite atrophie musculaire de 3 cm.; au mollet, atrophie de 1 cm.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité objective des membres inférieurs.

Au membre supérieur droit les troubles moteurs et trophiques sont considérables. La main droite est déformée, amaigrie. Les doigts sont fuselés, légèrement

collés les uns aux autres. La main est enroulée en gouttière.

La peau est fine, sèche, luisante, rosée, siège de phénomènes acro-asphyxiques du type Raynaud.

Une rétraction très limitée de l'aponévrose palmaire existe dans la partie interne de la main droite. Sous la nodosité se creuse un vallonement profond. Cette rétraction est responsable pour une part de la flexion du 5° doigt, dont on voit saillir le tendon dans l'extension; saillie nette au voisinage de la rétraction palmaire.

La force musculaire de la main droite est à peu près nulle pour tous les mouvements, extension, flexion, abduction, adduction des doigts, activement et passivement. Flexion et allongement sont touchés dans le reste du membre supérieur.

La force du membre supérieur n'est pas intacte à gauche.

Sensibilité. — Ses troubles subjectifs ont été déjà décrits. Objectivement, on note : 1° une hypoesthésie au tact et à la piqure dans la main droite.

2° *Une perturbation de la sensibilité au chaud et au froid, bilatérale, en C8-D1.*

Les réflexes du membre supérieur droit sont exagérés. A un examen on est parvenu à provoquer quelques fibrillations qui n'ont pas été revues depuis.

EXAMEN (le 15 mai 1931) :

Les signes sont, maintenant, franchement bilatéraux. Les réflexes sont nettement exagérés des deux côtés. Les troubles de la sensibilité thermique sont nets, en C8-D1; plus nets même à gauche qu'à droite.

Oscillométrie. — T. A. : 13-7.

Membre supérieur droit :

Indice maximum : 3 1/2 à 8.

Membre supérieur gauche :

Indice maximum : 3 1/2 à 8.

Bain chaud.

Avant-bras gauche : 10 minutes à 40°.

Indice maximum, à gauche : 4 1/2 à 8.

A droite : 3 1/2 à 8.

Avant-bras droit : 10 minutes à 40°.

Indice maximum, à droite : 3 1/2 à 8.

A gauche : 5 1/2 à 8.

En résumé, le bain chaud n'influe guère l'indice oscilométrique à droite; il influe, au contraire, l'indice oscilométrique à gauche, que le bain soit homo ou hétérolatéral.

L'appareil n'est pas assez sensible pour qu'on puisse apprécier le bain froid.

EXAMEN ÉLECTRIQUE (pratiqué par le Dr Mathieu) :

A droite, il existe une très légère lenteur au niveau des muscles des membres supérieurs et inférieurs. On la remarque au niveau des extenseurs des doigts de la main, des extenseurs des orteils.

Cette lenteur est très légère mais suffisamment nette.

OBSERVATION XI

(Consultation de M. Alajouanine.)

MALADIE DE DUPUYTREN ET HÉMIPLÉGIE GAUCHE.

Il y a deux ans, sclérodactylie de l'annulaire gauche et de l'auriculaire droit.

Le 3 mars 1931, hémiplégie gauche à début brusque, à prédominance brachiale, s'accompagnant immédiatement d'une flexion des doigts des deux mains. Pas d'ictus.

A gauche, pas de rétraction de l'aponévrose palmaire; à droite, rétraction typique fléchissant tous les doigts.

EXAMEN. — *Hémiplégie gauche (diminution de force de type pyramidal, réflexes exagérés, hypotonie sta-*

tique gauche, Babinski gauche. Pas d'atteinte faciale).

Gros troubles sympathiques à gauche. Pas de troubles de la sensibilité.

Tremblement d'action du membre supérieur gauche.

Amyotrophie des muscles hypothénar gauches.

Arthropathie du poignet, du coude, de l'épaule gauches.

D... Florentine, 58 ans, a été brusquement paralysée du côté gauche le 3 mars 1931.

Cette hémiplegie est à prédominance brachiale. La paralysie du membre supérieur empêche toute activité; la paralysie du membre inférieur est très discrète.

Il existe une flexion des doigts des deux côtés, avec rétraction de l'aponévrose palmaire seulement à droite.

Cette flexion des doigts a commencé, il y a deux ans. Progressivement, sans cause apparente, l'annulaire de la main gauche s'est fléchi le premier. Cette flexion fut indolente. En trois mois le doigt était fléchi définitivement, tel qu'il est actuellement.

Pendant un an tout en reste là, la malade continuant son métier de couturière.

Le 3 mars 1931, au soir, la malade éprouve brusquement une sensation désagréable dans l'extrémité des doigts de la main gauche. Ce sont des picotements qui précèdent de quelques minutes la chute de cette main. La main devient froide et sèche, et insensible : « elle est comme paralysée », dit la malade.

En même temps, ceux des doigts qui étaient libres se fléchissent à leur tour.

C'est le lendemain matin que la malade remarqua, pour la première fois, que sa main était très chaude.

Depuis, la motricité de la main s'est améliorée, mais des arthropathies du membre supérieur gauche ont commencé de gêner ses mouvements, ajoutant une gêne articulaire à la paralysie.

L'articulation du coude est gonflée et chaude; celle du

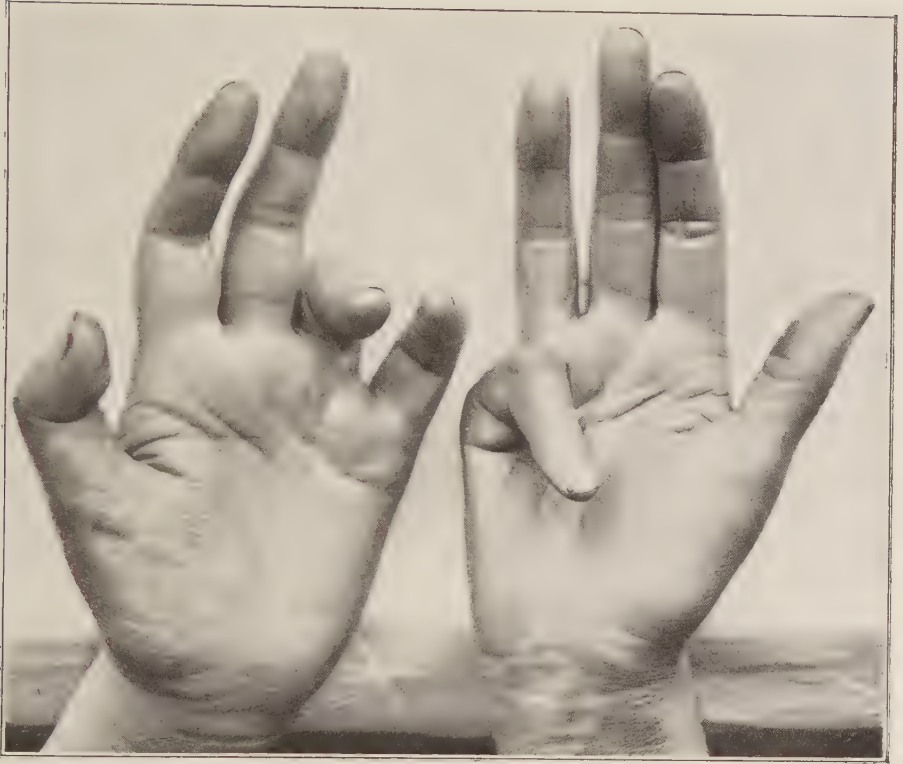


PHOTO 3.

D... Florentine (obs. XI). Les nodosités de l'aponévrose palmaire ne sont sensibles et visibles qu'à droite. A gauche, œdème important ; troubles vasculaires.

poignet est englobée dans les phénomènes trophiques qui ont envahi toute la main.

La main gauche présente des modifications : *de la peau, des phanères, du tissu cellulaire sous-cutané; une élévation de la température locale, avec troubles vasculaires et sudoraux; des atteintes articulaires; des déformations des doigts; une amyotrophie.*

La peau est fine, sans pli, douce au toucher. La main est envahie par un œdème qui la matelasse au dos et à la paume et masque partiellement l'amyotrophie de l'éminence thénar. Cet œdème remonte jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras.

Les ongles sont striés et secs. Les veines, gonflées, dessinent un réseau très apparent : la peau est plus rosée dans son ensemble de ce côté.

Le dos de la main est sec. A la paume, la moitié externe est sèche le plus souvent; la moitié interne est moite. Ces troubles sudoraux sont très variables d'un moment à l'autre, sécheresse et sueur alternant sans cesse.

La température locale est très élevée par rapport au reste du membre et par rapport au côté droit.

	Main gauche	Main droite
Eminence hypothénar.....	35°4	34°9
Eminence thénar.....	35°	34°1

La malade accuse de véritables poussées de chaleur, évidentes à la palpation.

Oscillométrie.

Avant-bras droit T. A. : 16-9		Avant-bras gauche T. A. : 17-9	
17.....	0	17.....	1
16.....	1	16.....	2
15.....	1	15.....	2 1/4
14.....	1 1/2	14.....	2 3/4
13.....	—	13.....	3 1/4
12.....	—	12.....	4
11.....	1 3/4	11.....	4 1/4
10.....	1 1/2	10.....	4
9.....	1 1/4	9.....	3 1/2
8.....	1 1/2	8.....	1 1/2
7.....	0	7.....	1 1/2
		6.....	1
		5.....	1/2

Bain chaud : 10 minutes à 40°.

Avant-bras gauche :

T. A. : 17-8.

Indice maximum : 4 1/2 à gauche.

Pas de modification à droite.

Avant-bras droit :

T. A. : 17-8.

Indice maximum : 2 1/2 à droite.

Pas de modification à gauche.

L'amyotrophie porte surtout sur les muscles hypothénar : bord cubital concave. L'amyotrophie de l'éminence thénar, celle des espaces interosseux, sont masquées par l'œdème, tout au moins partiellement.

La flexion des doigts est surtout marquée à l'annulaire gauche qui fut le premier atteint : hyperflexion de la deuxième phalange; hyperextension de la troisième.

Les autres doigts sont peu fléchis. Sont les plus fléchis : le pouce, l'index et l'auriculaire.

Pas de rétraction de l'aponévrose palmaire; pas de nodosités typiques.

Arthropathies des poignets; mouvements douloureux et limités. Poignet en hyperextension.

A la main droite c'est la rétraction de l'aponévrose palmaire qui existe seule. Celle-ci siège au niveau des plis transverses de la main avec nodosités typiques. La flexion de l'auriculaire droit imite celle de l'annulaire gauche; la déformation étant due à une atteinte articulaire.

Tous les autres doigts sont fléchis plus modérément, même le pouce dont la flexion est due à une rétraction de la languette interdigitale du premier espace.

Le côté droit est absolument indolent.

Signes d'hémiplégie pyramidale à prédominance brachiale, sur lesquels nous n'insisterons pas. Le signe de Babinski se fait en extension, à gauche.

Enfin, tremblement du membre supérieur gauche, exagéré par les mouvements.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité, ni superficielle, ni profonde, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Des malades examinés dans ce chapitre, certains ont vu leur aponévrose palmaire se rétracter *après* le début d'une atteinte de la moelle.

a) Le malade de l'observation X dont l'histoire débuta en 1917, puis reprit en 1922, dont les troubles moteurs du membre inférieur droit datent de 1924, ceux de la main droite de 1926, vit à cette époque, se constituer une rétraction très localisée de l'aponévrose palmaire de cette main.

b) Le malade de l'observation VII, eut une forte commotion en 1915, avec coma de plusieurs jours; la

rétraction de l'aponévrose palmaire débutait, chez lui, un mois et demi plus tard. Elle subit une aggravation lors d'un ictus, en 1929.

c) Le malade de l'observation IX, qui fit une polyomyélite antérieure aiguë, en septembre 1921, vit s'installer une flexion permanente des doigts, en 1923.

d) Les doigts du malade de l'observation VIII commencent à se plier un mois, environ, *après* l'accident syncopal avec brûlures indolentes, qu'il avait eu, au cours d'une maladie d'Adam-Stokes.

Chez ces quatre malades (obs. VII, VIII, IX, X) la rétraction de l'aponévrose palmaire est la conséquence des affections médullaires originelles.

Nous avons joint à ces observations celle d'une malade qui aurait vu débiter la rétraction de son aponévrose palmaire en même temps que, brusquement, elle était frappée d'hémiplégie.

Mais, d'une part, chez cette malade, l'auriculaire droit et l'annulaire gauche s'étaient fléchi deux ans avant son hémiplégie ; d'autre part il n'existe pas, à gauche, du côté de l'hémiplégie, de rétraction de l'aponévrose palmaire. On est en droit de se demander si la rétraction typique, observée à droite, n'est pas antérieure à l'hémiplégie bien que la malade affirme le contraire et insiste sur cette flexion des doigts des deux mains, en même temps que survenaient les accidents moteurs.

En outre, on comprend mal par quel mécanisme c'est précisément du côté sain que serait apparue cette rétraction.

Ce cas méritait quand même d'être cité, sans plus insister, puisqu'on a cité des cas de maladies de Dupuytren consécutives à des lésions encéphaliques.

Le malade de l'observation VI semble pouvoir être rangé, sans hésitation, parmi ceux dont la maladie de Dupuytren est en relation avec l'atteinte de la moelle ou de ses racines.

En sorte que, sur ces six malades, on peut affirmer qu'il y eut quatre rétractions de l'aponévrose palmaire consécutives à une *atteinte de la moelle*. Le cinquième ne fait guère de doute non plus.

Chez deux malades du chapitre précédent, le stade médullaire d'une lésion périphérique est évident.

Le cas de la malade de l'observation XI reste en suspend et ne pouvait qu'être rapporté.

Ces malades étaient, en outre, intéressants à cause des diverses affections de la moelle dont ils étaient atteints. Nous allons étudier, à leur propos, les cas publiés dans la littérature, et les différentes maladies de la moelle qui ont été vues associées à une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et le mal de Pott.

Aucune observation de ce genre n'a été publiée, à notre connaissance.

Cela n'est pas étonnant, si l'on pense à la rareté relative du mal de Pott cervico-dorsal, et à tout ce qu'il

faut pour que l'ostéite bacillaire touche la moelle en C8-D1., ou les racines sympathiques qui se rendent au membre supérieur.

Chez le malade cité ici, l'ostéite siégeant sur la troisième vertèbre dorsale, était un peu bas située. Mais le développement de la collection froide était beaucoup plus étendu.

Mme Sorel-Déjerine (1), dans sa thèse, insiste sur l'extension en *haut et en bas*, des lésions « extra-médullaires » par lesquelles elle explique le décalage qui existe entre la limite supérieure de l'hypoesthésie des paraplégies pottiques et la limite inférieure du réflexe pilo-moteur.

En bas, le réflexe pilo-moteur, intense et bilatéral, descendait jusqu'à la limite inférieure du territoire cutané de D7. Ce territoire correspond, d'après les travaux d'André Thomas, à une lésion sympathique médullaire qui ne doit pas dépasser D4, en bas.

En haut, l'amyotrophie du membre supérieur, associée à la rétraction de l'aponévrose palmaire, indiquait, justement, que les lésions remontaient jusqu'aux territoires cervicaux inférieurs.

Donc, il s'agit d'une maladie de Dupuytren par extension d'une lésion extra-médullaire, d'une ostéite de la troisième vertèbre dorsale aux territoires sus-jacents.

Barré et Schraff, dans une communication parue dans la *Revue de Neurologie*, de mars 1920 (Barré et

1. Mme Sorel-Déjerine, Contribution à l'étude des paraplégies pottiques. Essai sur l'évolution et le pronostic basé sur 40 observations personnelles. Thèse Paris, 1925.

Schraff. Troubles sympathiques-sensitifs-moteurs, vaso-moteurs, des [membres supérieurs, dans les affections de la région dorsale moyenne ou inférieure de la moelle. *Mémoire original, Revue Neurologique*, mars 1920, p. 226-236), ont rapporté les cas de blessés de la moelle dorsale puis de maux de Pott de la même région, dont les premiers symptômes avaient été des troubles sensitifs, moteurs et vaso-moteurs des membres supérieurs. Les caractères des troubles sensitifs et vaso-moteurs ne laissent, aux auteurs, aucun doute sur leur origine sympathique.

Mais la localisation en hauteur qu'ils en donnent n'est pas très satisfaisante. En effet, pour expliquer qu'une lésion dorsale [puisse se projeter en un territoire qui correspond aux segments cervicaux de la moelle ils rappellent que les fibres vaso-motrices ne dérivent pas seulement, comme l'a déclaré Claude Bernard, des ganglions cervical inférieur et thoracique supérieur mais aussi, des III^e, IV^e, V^e, VI^e, VII^e nerfs dorsaux, principalement, du III^e et du VII^e, d'après De Cyon.

Leurs cas sont intéressants, parce qu'ils prouvent qu'un trouble sympathique du membre supérieur peut être un signe d'un mal de Pott même dorsal supérieur. C'est pourquoi ils sont rappelés ici. Mais, quant à leur explication, nous préférons la thèse de Mme Sorel-Dejerine.

Enfin, ces troubles, lorsqu'il s'agissait d'un mal de Pott, pouvaient survenir après l'extériorisation clinique de la maladie, ou bien *avant* tout autre signe. Ce

point vaut encore d'être souligné, puisque la rétraction de l'aponévrose palmaire du malade dont on a rapporté l'observation, fut, en quelque sorte, un véritable « signal-symptôme », bien que le début de l'ostéite l'ait, apparemment, précédé de quelques mois.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et syringomyélie

Le malade de l'observation VIII qui avait une maladie de Stokes-Adam, peut être rattaché à cette catégorie, bien qu'il ne s'agisse pas d'une syringomyélie vraie. On peut comprendre sa lésion comme étant la conséquence d'une destruction du tissu péri-épendymaire de sa moelle, par ischémie des petites artères de cette région,

Les auteurs qui ont soutenu la théorie médullaire de la maladie de Dupuytren, ont le plus souvent rapporté des cas, plus ou moins certains, de syringomyélie.

En 1895, Biejanski, le premier, en publia une observation anatomo-clinique.

Testi, de 1898 à 1905, put vérifier, chez quatre frères, atteints de rétraction des aponévroses palmaires, et plantaires, qu'il s'agissait d'une cavité syringomyélique de la commissure grise.

Ferrero, en 1905, Jardini, en 1907, publièrent également des observations anatomo-cliniques.

Le Becq, enfin, en 1928, consacrait sa thèse à démon-

trer que la maladie de Dupuytren était due à un processus syringomyélique. Il faut avouer, qu'en l'absence de documents anatomiques, ses observations sont peu convaincantes et permettent seulement, de penser à une atteinte du sympathique médullaire, en C8-D1.

Tout récemment, à la suite des constatations qui avaient été faites, à propos du malade de l'observation I de ce travail, Rouillard et Schwob présentèrent, à leur tour, à la Société Médicale des Hôpitaux, le 1^{er} mai 1931, un malade atteint d'une rétraction des aponévroses palmaires et plantaires chez qui coexistaient des troubles sensitifs du type syringomyélique.

La réaction de l'aponévrose palmaire présentait cette particularité, d'intéresser aussi bien la portion externe que la portion interne de la main, à droite et à gauche. Les auteurs signalent l'aspect atypique des nodosités dont la description semble bien correspondre à celle d'une maladie de Dupuytren, à localisation superficielle, n'entraînant pas de flexion des doigts.

Au premier examen neurologique, on notait un trouble de la sensibilité au chaud et au froid évident à une exploration faite avec des tubes présentant un gros écart de température.

Mais ces troubles thermiques intéressaient la région thoracique, où ils prédominaient, l'abdomen, la région antéro-externe des membres inférieurs et le dos du pied droit. Il n'existait aucun trouble sensitif, disent les auteurs, à la face, au cou, au membre supérieur. Ajoutons que la piqure était mal perçue aux mêmes

régions, où la perception de chaud et de froid était perturbée.

Le reste de l'examen neurologique était négatif. Il n'y avait pas de perturbation apparente du système vaso-moteur et trophique.

Un second examen de la sensibilité montra, outre ce qui avait été constaté antérieurement, de l'hypoesthésie et un léger retard des sensations douloureuses ou thermiques aux mains et aux avant-bras, dans les régions cubitales.

Ce malade souffrait de douleurs : surtout d'un enraidissement douloureux des voûtes plantaires (ce qui est assez compréhensible), mais aussi de fourmillements, d'élancements dans l'articulation du cinquième métatarsien avec l'orteil, à droite.

Enfin, si les auteurs ne précisent pas depuis quand leur malade avait constaté cette double rétraction et ces troubles douloureux (depuis plusieurs années disent-ils), ils ajoutent qu'il s'agissait d'un scléreux pulmonaire, syphilitique ancien, n'ayant jamais constaté d'accident spécifique, dont la femme avait fait de nombreuses fausses couches, et chez qui la réaction de Bordet-Wassermann était actuellement positive.

La radiographie des deux pieds montrait une opacité au niveau des épaissements fibreux et une calcification partielle de l'artère pédieuse gauche.

L'examen électrique était négatif.

La calcémie était élevée à 115 milligrammes.

Un traitement par l'acétylarsan amena, après douze injections, une amélioration admirable des dou-

leurs, et un assouplissement des cordes douloureuses aux pieds, non aux mains.

Les auteurs concluent à l'existence d'une myélite, consécutive à un processus d'artérite syphilitique, comme pour le cas anatomique publié par Biéjanski ; myélite très étendue en hauteur et progressive, comme en témoignent les troubles sensitifs, les lésions vasculaires formant de petites cavités syringomyéliques de la commissure grise postérieure.

Le cas de Rouillard et Schwob n'est donc pas, jusqu'à plus ample informé, une syringomyélie typique ; mais il s'ajoute à ces rétractions des aponévroses palmaires et plantaires consécutives à des lésions des vaisseaux de la moelle dont le malade de notre observation VIII est un autre exemple.

Dans le numéro des *Annales de Médecine* de janvier 1932, consacré à la Neurologie, M. Roussy, Mlle Lévy et M. Ch. Rosenrauch ont publié un cas de syringomyélie typique avec rétraction des aponévroses palmaires et syndrome de Cl. Bernard-Horner droit. Une réserve doit pourtant être faite pour leur malade, car leur description et la photographie laissent subsister un doute sur la réalité d'une rétraction de l'aponévrose palmaire. Ne s'agissait-il pas, plutôt, d'une rétraction tendineuse des fléchisseurs telle qu'on en observe souvent chez les syringomyéliques, au niveau des extenseurs ? Mlle Lévy a bien voulu nous confirmer qu'elle croyait à une maladie de Dupuytren, malgré l'absence de nodosité typique.

En tous cas, nous nous rattachons volontiers, aux

conclusions de cet article. Mais il ne semble pas indispensable, ainsi que le font les auteurs, de faire appel à un système sympathique *particulier* pour expliquer la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et traumatisme de la moelle.

On peut ranger dans cette catégorie le malade de l'observation VII. Ce que furent les lésions médullaires, on ne peut que le deviner. Sans doute, s'est-il agi d'un cas de nécrose insulaire avec ou sans hémorragie, tels que ceux décrits par Claude et Lhermitte pendant la guerre. L'évolution progressive, ascendante, ne peut s'expliquer autrement que par une dégénération secondaire d'un territoire plus élevé, ou par l'atteinte de filets sympathiques périphériques, très interdépendants les uns des autres, comme on sait.

Cette observation n'est pas unique. A la Société de Neurologie, le 7 mars 1931, M. Guillain a présenté deux cas recueillis par MM. Pommé, Tricault et Lubineau, dont l'un est l'histoire d'une maladie de Dupuytren bilatérale, consécutive à une hématomyélie.

Ce malade avait été blessé par un éclat d'obus, en 1917. On voit encore cet éclat à la radiographie; il est inclus dans l'arc antérieur de l'atlas, à gauche de la ligne médiane et proémine dans le canal vertébral, sur le flanc de l'apophyse odontoïde.

Le malade perdit connaissance pendant plusieurs heures et à son réveil, il ne pouvait remuer ni les bras ni les jambes.

Il n'y avait pas de troubles sphinctériens.

La rétraction de l'aponévrose palmaire est apparue très peu de mois plus tard (au printemps de 1918). Elle débuta à gauche, mais fut très rapidement bilatérale.

Enfin, l'examen neurologique montre, actuellement, une hypoesthésie à tous les modes ne respectant que la zone innervée par le trijumeau. Mais les troubles sensitifs prédominent au membre supérieur.

A l'exploration du système vaso-moteur, on note une faiblesse de l'indice oscillométrique, à gauche par rapport au côté droit avec influence du bain chaud et du bain froid moins vive à gauche.

A ces malades on peut rattacher le premier des deux cas cités par Déjerine.

« Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui dans une tentative de suicide, s'était tiré, dans la *région cervicale inférieure* de la colonne vertébrale, une balle de revolver, très visible à la radioscopie. Il se développa dans l'espace de six mois, une rétraction de l'aponévrose palmaire de la main du côté correspondant, sans aucun trouble de nature sensitive ou motrice. »

Rétraction de l'aponévrose palmaire et poliomyélite.

« La maladie de Dupuytren, dit Déjerine, a été constatée au cours de la poliomyélite chronique. » Mais il ne donne aucune précision à ce sujet. Le Becq, dans sa bibliographie très complète, n'en parle pas. Launay,

dans sa thèse récente, sur la maladie de Charcot (1) n'en a observé aucun cas, malgré qu'il consacre un chapitre important aux troubles trophiques et sympathiques ; il nous a confirmé qu'il n'avait pas observé la coexistence de ces deux affections.

Les deux observations publiées dans ce travail sont donc, probablement originales. Un troisième malade, qui ne figure pas ici, avait une maladie de Charcot typique et une rétraction des deux aponévroses palmaires ; mais celle-ci était très antérieure (14 ans au moins) à celle-là. Une blessure de l'avant-bras, très antérieure à la maladie de Dupuytren, pouvait plus justement, être invoquée comme cause de cette rétraction.

1. Launay, Contribution à l'étude clinique et biologique de la maladie de Charcot et de ses formes anormales. Thèse Parsi, 1931.

Autres origines.

Il existe des observations de maladie de Dupuytren et de rétraction de l'aponévrose plantaire au cours du *tabès* (Moussons, Sénator, Neutra, Stieffler). Ces observations sont malheureusement mal précises ; et les auteurs négligent de dire si le *tabès* a précédé la rétraction des aponévroses.

On l'a observée dans d'autres affections à localisation médullaire ou névritique. Nous citerons les observations de Parrhon et Goldstein, qui la virent se développer au cours d'une *Pellagre*. P. Merle rapporte un cas de maladie de Dupuytren survenue au cours d'une *maladie de Recklinghausen*. La maladie de Recklinghausen datait de l'enfance ; elle subit une recrudescence lorsque le malade était âgé de 32 ans ; quatre ans plus tard, l'aponévrose des deux mains se rétracta. A l'examen, il existait un syndrome de Cl. Bernard-Horner droit, une parésie faciale droite et des troubles des ongles qui étaient cassants et striés longitudinalement. L'auteur cite un cas analogue publié par Thibaut d'Angers, dans la *Presse Médicale* de novembre 1905.

Les cas d'origine encéphalique sont ceux dont parle Parhon et Goldstein, chez un malade atteint de mala-

die de Parkinson ; mais ils ne donnent aucune précision ; de Régis, de Féré et Mlle Francillon qui l'ont observée 14 fois chez 226 malades atteints de *paralysie générale*.

Enfin, dans l'article du traité de Widal, Roger, Teissier, il est parlé d'un cas de *tumeur frontale avec crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne et rétraction des aponeuroses palmaires*. A ces observations s'ajoute celle de Florentine D. (Obs. XI) à laquelle nous ne croyons, pouvoir actuellement, ajouter aucun commentaire.

Anatomie pathologique.

Ce chapitre sera très brièvement traité car aucun des cas observés dans ce travail n'a eu de confirmation anatomique. Nous serons donc obligé de rappeler simplement les cas (certains, d'ailleurs, fort intéressants) déjà publiés.

Urban Salvolini avait observé une maladie de Dupuytren bilatérale avec atrophie des muscles interosseux et des éminences thénar et hypothénar, sans troubles de la sensibilité.

L'étude histologique de la moelle montra une cavité syringomyélique au niveau de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure.

A. Testi, observa quatre frères, tous porteurs d'une rétraction des aponévroses palmaires ; l'un avait également une rétraction des aponévroses plantaires. A l'autopsie de ces malades il trouva une cavité syringomyélique de la commissure grise.

Nous avons également parlé du cas anatomique de Biejanski : cavité syringomyélique de la moelle cervicale inférieure et thoracique supérieure, siégeant dans la commissure grise et débordant légèrement sur les cornes antérieures dont les cellules étaient, pour une

bonne part, détruites. Cellules richement pigmentées dans les cornes latérales ; dans les cordons latéraux et postérieurs, çà et là, de petites boules de myéline et nombreuses traînées dispersées de tissu conjonctif dense. Des lésions d'endocardite décelaient, pour l'auteur, l'origine spécifique de cette syringomyélie.

Chez le malade de Ferréro, on trouva à l'examen histologique une grosse hyperplasie du tissu névroglique péri-épendymaire de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure. Les lésions allaient en s'accroissant jusqu'au renflement lombaire où il semblait exister une véritable cavité syringomyélique. Il n'y avait pas de rétraction des aponévroses plantaires.

Voici le résumé du cas de Jardini :

Homme de 80 ans, présentant des symptômes de cardio-néphro-sclérose, avec accès d'hyposystolie compliquée d'asthme urémique. Ce malade présente, à la main gauche, la difformité de la maladie de Dupuytren qui s'est produite assez rapidement; cette main est le siège de troubles de la sensibilité et d'une atrophie musculaire notable.

Cet homme ayant succombé, l'autopsie fut pratiquée ainsi que l'examen histologique de la moelle. Les coupes des 7^e et 8^e segments cervicaux et 1^{er} dorsal, montrèrent une altération considérable des artères, consistant en endo-périartérite, en hémorragies miliaires. Autour des vaisseaux existait une sclérose diffuse de la substance médullaire, ayant, dans la zone grise, causé la disparition d'un certain nombre de cellules nerveuses.

L'artériosclérose a produit une lésion en foyer, qui est demeurée unilatérale, sans que le processus se soit étendu à l'autre côté, pendant les quatre ans qui s'écoulèrent jusqu'à la mort du malade.

L'auteur, enfin, concluait que l'artério-sclérose est donc capable de déterminer l'apparition de la maladie de Dupuytren, lorsqu'elle se localise aux artères médullaires et provoque la sclérose de la substance grise de la moelle. Mais le processus de sclérose représente un cas extrême et l'on conçoit que l'artério-sclérose soit souvent capable de déterminer, dans la moelle, des lésions beaucoup moins apparentes, ou même purement fonctionnelles qui, de même que les lésions plus accentuées seront capables de déterminer l'apparition de la maladie de Dupuytren.

Alberto Zivéri, enfin, en 1917, trouva à l'autopsie d'un malade atteint de maladie de Dupuytren, de petites lésions de la moelle (épaississements vasculaires, lacunes, hémorragies punctiformes).

On voit donc qu'il existe plusieurs cas tout à fait concluants de lésions médullaires de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure, chez les malades atteints de rétractions de l'aponévrose palmaire. Cet examen de la moelle devrait, à l'avenir, être fait en série. Nous n'avons, malheureusement, jamais eu l'occasion de pouvoir le pratiquer.

DEUXIÈME PARTIE

De ce que nous avons constaté dans la première partie de ce travail nous pouvons déjà conclure :

- 1° Qu'il existe des maladies de Dupuytren dont la cause est une lésion des nerfs périphériques. Les nerfs périphériques atteints sont exclusivement le cubital et le médian, nerfs qu'accompagne un réseau sympathique vaso-moteur serré. La possibilité d'une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire alors que la lésion est unilatérale est l'indication d'un stade médullaire ;
- 2° Qu'il existe des maladies de Dupuytren d'origine médullaire, dues à une lésion siégeant dans le tractus intermedio lateralis. Les auteurs pensent que les cellules trophiques médullaires du membre supérieur ne dépassent pas en haut le deuxième segment dorsal. La maladie de Dupuytren, lorsqu'il s'agit d'une lésion en C 8 D 1, peut s'expliquer par une réaction pararmédullaire plus étendue en hauteur et irritant les fibres sympathiques au moment où elles

rejoignent les racines rachidiennes de ces segments ;

- 3° Que la maladie de Dupuytren en effet se présente comme un véritable trouble radiculaire se projetant sur le territoire cutané de C 8 D¹ ;
- 4° Certains caractères évolutifs, et particulièrement le long temps de latence qu'on observe souvent entre la lésion originelle et le début d'une rétraction, sont l'apanage des troubles d'origine sympathique.

Il nous reste à étudier les autres éléments du syndrome sympathique qui sont associés à la maladie de Dupuytren, et le caractère radiculaire de ce syndrome qui permet d'affirmer que la rétraction de l'aponévrose palmaire est bien la conséquence d'une lésion ou d'une irritation réflexe de ces centres.

Troubles sensitifs subjectifs ou objectifs.

Il peut exister des troubles de la sensibilité subjective et objective.

I. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUBJECTIVE.

Il peut ne pas y en avoir pendant tout le cours de la maladie. Mais le plus souvent le début de celle-ci est douloureux surtout lorsqu'il est aigu. Léri dans la *Pratique neurologique*, signale que la paume devient presque toujours douloureuse à la longue. Mais chez les malades dont la rétraction relève d'une cause obscure et s'est installée insidieusement sans raison apparente, il est possible qu'il n'y ait jamais de douleur et plusieurs personnes atteintes de cette affection nous ont dit, lorsque nous les avons examinées, qu'elles n'y avaient jamais attaché d'importance parce qu'elles n'en avaient jamais souffert. Tout s'était passé, chez elles, comme si un centre médullaire très délicat avait seul été touché qui avait provoqué la maladie de Dupuytren sans autre signe.

Mais il n'en est que rarement ainsi. Il n'y a pas de douleurs spontanées, bien souvent la *palpation des no-*

dosités, la tentative d'extension des doigts atteints par la rétraction, la palpation du territoire radiculaire atteint peut réveiller une douleur plus ou moins vive, donner une sensation de tiraillement ou de pression douloureuse.

D... Jean (obs. II), qui a vu évoluer sa maladie de Dupuytren absolument sans douleurs spontanées, souffre à l'extension forcée des doigts et particulièrement du troisième doigt de la main droite. La pression au niveau des rétractions palmaires est douloureuse et il est juste de noter que ces rétractions s'intriquent avec des cicatrices fibreuses d'opération : à droite, cicatrice de l'amputation du doigt ; à gauche, cicatrice de section de l'aponévrose pratiquée en 1926.

Les douleurs spontanées peuvent apparaître *avant* la maladie de Dupuytren, c'est le cas de N. Henri (obs. 1) dont nous avons déjà rapporté l'histoire, mais chez lui les douleurs n'avaient jamais cessé depuis sa blessure en 1914 ; elles ont simplement changé de caractères quelque temps avant l'apparition de sa maladie de Dupuytren ; elles se sont, en outre, propagées du bras droit anciennement blessé au bras gauche où se fit la rétraction.

C'est, en effet, plus souvent le réveil d'une douleur et le changement de ses caractères qui est observé. Ce réveil peut se faire soit plusieurs semaines avant l'apparition de la maladie de Dupuytren, soit presque immédiatement après son éclosion, soit lors d'une poussée évolutive.

D... Florentine, ressent des picotements dans sa

main quelques heures avant l'apparition d'une hémiplegie à prédominance brachiale nette, s'accompagnant de phénomènes sympathiques et d'une exagération d'une rétraction de l'aponévrose palmaire remontant à quelques années.

R... Hubert, ancien blessé de la main, a souffert lors de sa blessure suivie d'un phlegmon qui fut largement incisé ; il est repris de douleurs en 1926 ; ce sont des picotements du bout des doigts, des engourdissements, des fourmillements, en même temps apparaît une rétraction très limitée de l'aponévrose palmaire.

Ces faits sont connus. Le malade de Durel (1888) avait souffert de douleurs violentes dans la paume de la main peu avant l'apparition d'une maladie de Dupuytren.

Souvent la douleur apparaît au début de la maladie et peut soit persister et aller en s'aggravant, soit, très souvent, s'éteindre au bout de quelques jours ou de quelques semaines, soit enfin reparaître par crises et sous des influences diverses telles que le froid, la chaleur.

Chez S... Henri (obs. XV), le début récent de la maladie de Dupuytren est accompagné d'une sensation très pénible de brûlures dans la paume des mains, associées d'ailleurs à des douleurs rhumatoïdes des articulations des doigts.

Les malades de Largillière, de Roques, de Jardini, d'Amat présentaient aussi des douleurs au début de leur maladie.

Les douleurs de D... Florentine reviennent maintenant par crises plusieurs fois par semaine. R... Hubert

continue à souffrir, et ce sont même ces douleurs qui ont le plus contribué à l'obliger d'interrompre son travail.

Les malades de Menjaud souffraient ainsi de douleurs plus ou moins vives qui revenaient par crises. Un malade de Abbe souffrait de plus en plus et l'on se décida à l'opérer. Dès après l'opération, la douleur disparut du côté opéré et de celui qui ne le fut pas.

Ces douleurs ont toutes en commun un caractère *de douleurs sympathiques* qui permet de les apparenter.

Qu'elles surviennent par crises ou qu'elles soient diurnes ou nocturnes, exagérées par le chaud ou par le froid, elles sont décrites par les malades de la même façon. Bien mieux, chez des malades qui souffraient antérieurement, le caractère des douleurs se modifie avec l'apparition d'une maladie de Dupuytren. Il en fut ainsi chez N... Henri (Obs. I), chez R .. Hubert (Obs. X).

Ce peuvent être des picotements, des élancements, « la sensation que des milliers d'épingles vous piquent les derniers doigts des mains », dit un de nos malades. Les doigts sont engourdis et froids ou bien, assez souvent, au début de la maladie surtout, les malades accusent des démangeaisons, une sensation de chaleur qui peut coexister avec une élévation de la température et s'accompagner de rougeur des mains, ou même se plaindre d'une vive brûlure.

Alibert, dans son traité sur les maladies de la peau, écrivait qu'au début de la rétraction palmaire « la plupart des malades se plaignent d'une chaleur vive,

d'une sensation tout à fait analogue à celle que fait endurer une brûlure » et Menjaud précisait qu'un de ses malades éprouvait des douleurs surtout quand ses bras étaient restés sous les couvertures, de même que un de nos malades, qui n'a jamais eu de troubles sensitifs nets, accuse cependant une sensation désagréable dans les mains lorsqu'elles sont exposées au chaud.

De telles descriptions en un temps où les causalgies n'avaient pas encore été décrites et rattachées à une perturbation du sympathique renforcent encore mieux ce que nous avons observé.

Si la maladie de Dupuytren est unilatérale, les douleurs peuvent ne *siéger que du même côté ou bien être bilatérales et symétriques*. Elles peuvent rester localisées à la main et même à la partie de la main où siège la rétraction. Mais elles sont souvent plus diffuses, envahissant toute la main, l'avant-bras et remontant jusqu'au bras. Toutefois *elles prédominent fréquemment dans la zone cubitale* et en particulier dans l'éminence hypothénar. Dans ces cas de douleurs généralisées, la palpation de l'éminence hypothénar, de la moitié interne de la main, de l'avant-bras et du bras peut être particulièrement douloureuse. Mais jamais, chez nos malades, nous n'avons retrouvé cette douleur insupportable des causalgies qui interdit toute palpation, ce contraste entre la douleur à la palpation douce que redoutent les malades et la relative indolence d'une palpation franche.

Abbe rapporte l'histoire curieuse, parce qu'elle fait penser à ces douleurs reflexes à distance, d'origine

sympathique d'un malade qui, atteint d'une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire souffrait de façon croissante dans ses *deux* mains au point que tout travail était devenu impossible. La rétraction avait débuté à gauche où elle était prédominante et c'est de ce côté que Abbe opéra d'abord son malade. Mais quelle ne fut pas la surprise du patient et du chirurgien lui-même de constater qu'immédiatement après l'opération la douleur disparaît, non seulement à gauche mais aussi à droite.

Enfin, chez certains des malades que nous avons examinés, l'évolution de la maladie fut continuellement indolente, ainsi que nous l'avons déjà signalé.

II. — TROUBLES SENSITIFS OBJECTIFS.

Ils sont à peu près constants dans tous ces cas où l'on peut rattacher la maladie de Dupuytren à une lésion nerveuse, médullaire.

Lorsqu'on peut les constater, ils présentent deux caractères constants : *ils ont le type pseudo-syringomyélique ; ils sont très localisés et leur topographie est radiculaire.*

Ils siègent à la région de la paume, particulièrement à la région de l'éminence hypothénar et ils remontent parfois sur l'avant-bras dans le domaine de C₈-D₁. Mais à ce niveau ils sont beaucoup moins nets encore qu'à la main.

Cette extrême localisation que MM. Alajouanine, Bascourret et Gopcevitch ont observé dans leurs cas

de pieds tabétiques pseudo-syringomyéliques établit, une différence entre ces affections et la syringomyélie. Dans ce dernier cas, en effet, un ou plusieurs territoires radiculaires sont globalement et nettement touchés et il sera facile par la recherche de la sensibilité de préciser quels sont ces territoires. En outre, la dissociation syringomyélique vraie intéresse autant la douleur que le chaud et le froid.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une maladie de Dupuytren (ou d'un pied tabétique pseudo-syringomyélique). Ici les troubles sont parfois très localisés (en C₈-D₁, pour la rétraction de l'aponévrose palmaire). En outre bien *souvent la perturbation ne porte que sur le chaud et le froid et la sensibilité douloureuse est intacte.*

Si, d'ailleurs, ces troubles de la sensibilité thermique sont, dans certains cas, indiscutables, ils ne sont révélés que par un examen minutieux. Il arrive qu'une première fois, une réponse moins vive du malade, une hésitation, une erreur corrigée immédiatement les fasse simplement soupçonner. On pourrait négliger cette hésitation, cette erreur isolée si, le lendemain, lorsqu'on applique le tube chaud ou le tube froid (le tube chaud surtout) on ne voyait dans la même région que la veille, le malade hésiter encore. C'est alors qu'en poursuivant les applications chaudes et froides on pourra, à un certain moment, avoir toute une série de réponses erronées. Il va sans dire qu'il ne faudra pas poursuivre cette expérience trop longtemps car les erreurs n'auraient plus alors aucune signification. Un

examen de sensibilité doit être court et répété plusieurs jours de suite. A ne pas respecter cette règle, on risquerait de falsifier involontairement les résultats, pour des raisons diverses qui tiennent, entre autres, au tégument qu'on explore et dont la susceptibilité s'émousse à la longue, à la fatigue psychique du malade, et enfin à la variation de température du tube.

A ce propos il convient, en effet, de signaler qu'il semble exister une température optima pour chaque malade. Tel qui parvient à discriminer les températures très voisines de deux tubes tièdes (l'un un peu plus chaud que l'autre), commettra des erreurs et donnera, par exemple, une série de réponses « froid » lorsqu'on le touchera avec un tube très chaud. Cette constatation curieuse et paradoxale presque, nous l'avons faite maintes fois. On pouvait presque la prévoir dans ce cas où le malade (obs. IX) qui s'était brûlé sans s'en apercevoir et sans souffrir, semblait à un premier examen ne pas présenter de troubles de la sensibilité thermo-algésique. Chez lui la brûlure d'une cigarette ou d'un tube très chaud était moins bien sentie que l'application d'un tube tiède. On sait d'autre part que les causalgiques éprouvent parfois une sensation de brûlure intolérable lorsqu'on les touche avec un tube très froid et que chez eux l'épreuve de bain froid, par exemple, est très mal supportée. Nous avons parfois noté cette sensation de brûlure chez nos malades lorsque nous nous servions d'un tube froid. Ces faits renforcent les idées de Head sur la distinction qu'on doit établir entre les différentes sensibilités au chaud

et au froid, à la brûlure, à la piqure, et au tiède, etc...

Sur 11 malades chez qui nous avons recherché ce trouble de la sensibilité au chaud et au froid, sept le présentaient plus ou moins nettement, mais de façon certaine. Chez deux malades il ne fut pas trouvé, chez un malade il était extrêmement douteux, chez un malade enfin, cette exploration n'avait aucune valeur puisqu'il s'agissait avant tout d'une agnosie sensitive corticale associée à de l'apraxie et à de l'aphasie. Les réponses étaient déjà troublées de ce fait.

Il est vraisemblable que si dans certains cas cette perturbation si discrète de la sensibilité peut persister pendant fort longtemps, *on aura plus de chance de la retrouver chez les malades dont la maladie de Dupuytren est récente.*

Chez le malade de l'observation I dont la maladie de Dupuytren était récente et s'accompagnait de modifications trophiques, vaso-motrices, sudorales et thermiques, on retrouvait assez nettement cette dissociation. Il en était de même chez R... Hubert (Obs. X) qui, depuis sa blessure à la main droite, avait vu celle-ci entièrement modifiée par des troubles trophiques divers; chez P... Eugène (Obs. VIII) malgré qu'il se fut fortement brûlé, les troubles sensitifs ne furent mis en évidence que pour de grosses différences de température. Ici encore la maladie de Dupuytren était récente. Le malade de l'observation II chez qui l'on avait pratiqué, à droite, une amputation du quatrième doigt et à gauche une section de l'aponévrose palmaire, au niveau du doigt correspondant avait aussi des troubles sen-

sitifs au niveau de ses cicatrices. La signification de ce trouble, dans de telles conditions, est évidemment moindre et l'on peut invoquer les modifications locales qu'entraînent blessures et cicatrices pour l'expliquer.

Mais chez des malades dont la blessure initiale siège d'un côté et la maladie de Dupuytren de l'autre, on retrouve le trouble de la sensibilité thermique aussi bien du côté de la rétraction que de celui de la blessure. Chez des malades porteurs d'une rétraction palmaire unilatérale on constate la perturbation sensitive aussi nettement du côté qui n'est pas atteint. C'était le cas de P... Eugène qui ne s'était brûlé que la main droite, qui ne présentait des cicatrices de brûlure qu'à cette main, dont la maladie de Dupuytren s'était développée de ce côté mais (on le voit nettement sur la photographie, photo 2) dont la main gauche commençait à être prise par une rétraction symétrique et qui faisait des erreurs, au chaud surtout, aux deux éminences hypothénar et y accusait une sensation de froid lorsqu'on le touchait avec un tube très chaud.

R... Hubert (obs. X) (dont nous avons dit que ses erreurs du côté où sa main avait réagi si fortement à une piqûre de fil de fer barbelé suivie de phlegmon avaient peut-être moins de valeur), faisait des erreurs plus grossières à gauche bien que la maladie de Dupuytren et le syndrome trophique siègeassent à droite.

D... Jean (obs. II), lui aussi, discernait mal le chaud du froid au niveau de ses éminences hypothénar et de la face palmaire de ses cinquièmes doigts qui pourtant se trouvaient éloignées des cicatrices.

Chez d'autres malades, les troubles sensitifs sont dûs à la maladie causale : une syringomyélie par exemple, comme dans les cas de Rouillard et Schwob ; de Roussy, Mlle Lévy et Rosenrauch.

Le Becq note aussi chez certaines de ses malades ce petit trouble de la sensibilité thermique très localisé et il se sert particulièrement de cette observation pour étiqueter ses cas, syringomyélie. La dissociation dite syringomyélie s'observe dans d'autres affections médullaires que la syringomyélie ; est-il besoin de le dire, elle est de constatation fréquente dans certains types de syndromes de Brown-Séquard, elle existe aussi dans les compressions médullaires, et ne suffit pas à poser un diagnostic de maladie que rien d'autre ne confirme. On ne peut lui accorder une valeur pathognomonique ; elle signifie simplement que les cellules d'origine médullaire ou que les fibres conductrices de la sensibilité thermique ont été atteintes. Leur association à tous les troubles vaso-moteurs et trophiques qui accompagnent souvent la maladie de Dupuytren permet simplement de penser qu'elles cheminent dans la moelle au voisinage de celles qui provoquent ces troubles et cette maladie ; des cavités syringomyéliques siègent d'une façon à peu près constante dans la commissure grise postérieure, avec un développement plus ou moins étendu vers les cornes antérieures (1) et s'accompagnent de troubles de la sensibilité au chaud et au

1. Il est vrai que des examens histologiques minutieux rencontrent de petites lacunes syringomyéliques dans toute la substance grise péri-épendymaire.

froid. On a donc le droit de penser que c'est une lésion, si minime soit-elle, de cette région médullaire qui doit être également en cause dans tous les cas où l'on retrouve une dissociation identique au cours de la maladie de Dupuytren ou encore de ces formes de tabès dont la manifestation souvent solitaire est un syndrome trophique et sensitif du pied sans abolition des réflexes, ni troubles de la sensibilité profonde. Il n'y a aucune raison, par contre, pour que cette lésion soit obligatoirement une dégénérescence gliomateuse ou une cavité de la substance grise de la moelle.

Le deuxième malade de Déjerine avait des troubles sensitifs nets, d'autres n'en présentaient pas. Les auteurs anciens n'ont pas, le plus souvent, pensé à les rechercher. Non plus que récemment, Kannavel, Koch et Mason, dont les observations sont d'ailleurs un compte rendu opératoire.

Ainsi donc, on peut retrouver chez les malades atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire des troubles de la sensibilité. Ceux-ci, outre une hypoesthésie au tact qui est possible, sans doute à cause de la destruction in situ des appareils réceptifs de la sensibilité, consistent essentiellement en un trouble de la sensibilité au chaud et au froid, parfois aussi à la douleur. Ce trouble est très discret, mais presque constant, tout au moins au début de la maladie : Il se localise sur le territoire cutané qui correspond à une lésion radiculaire de C₈, D₁, que la maladie de Dupuytren soit uni ou bilatérale, ce trouble de la sensibilité est, lui, bilatéral et symétrique.

Troubles vaso-moteurs

On sait qu'il existe des centres médullaires vaso-moteurs représentés par des cellules sympathiques échelonnées le long de la colonne médullaire dans la zone latérale moyenne comprise entre les cornes antérieures et postérieures et qu'ils vont *du huitième segment cervical (portion inférieure de ce segment) au troisième segment lombaire*. Si certaines raisons permettent de soupçonner que ces cellules vaso-motrices siègent plutôt à la périphérie du tractus intermedio lateralis qu'en son centre (A. Thomas) (1), leur assigner une place bien définie dans la colonne de Clarke est tout de même encore un peu prématuré.

L'anatomie du système nerveux sympathique permet en outre d'établir qu'il existe une liaison entre chaque segment sus et sous-jacents au niveau des fibres des rameaux communicants ; d'où il résulte qu'une lésion même au-dessous de D₁ peut très bien donner des perturbations vaso-motrices au niveau des membres supérieurs, perturbations qui, s'il n'existait une telle interdépendance des centres sympathiques médul-

1. A. Thomas, *Le réflexe pilo-moteur*. Masson, éditeur, 1926.

lares entre eux, devraient ne pas s'observer au membre supérieur lorsque la lésion médullaire porte sur C₈ D₁, puisque les centres sympathiques vaso-moteurs de ce membre vont de D_{IV} à D_{VII} et ne remontent pas plus haut que D_{II}.D_{III}.

Cette remarque est valable également pour le réflexe vaso-moteur, pour les troubles sudoraux (ces derniers indépendants pour une part des troubles vaso-moteurs, et permet de comprendre qu'on les trouve associés à une maladie de Dupuytren et à des troubles trophiques et sensitifs radiculaires dont la lésion est en C₈-D₁.

S'agit-il primitivement d'une lésion des rami communicantes, tout est beaucoup plus facile encore à comprendre. En effet, les rami communicantes émanent des centres vaso-moteurs, sudoraux, pilomoteurs du membre supérieur rejoignant les racines du plexus brachial un peu après leur coalescence. Toute lésion de ces racines C₈-D₁, va donc entraîner une perturbation de l'équilibre sudoral, vaso-moteur ou pilomoteur. Ici rien de mystérieux.

Au bras, enfin, une lésion d'un nerf périphérique déclanchera des phénomènes sympathiques pour cette raison qu'à ce niveau les fibres sympathiques sont en rapports étroits avec les fibres périphériques du membre supérieur.

Enfin, les zones cubitales et du médian étant de beaucoup les plus riches en fibres vaso-motrices et sudorales, la prédilection de la maladie de Dupuytren pour ces mêmes zones permet de prévoir que les trou-

bles vaso-moteurs et sudoraux seront fréquents au cours de la rétraction de l'aponévrose palmaire. C'est précisément ce que nous avons observé. Ces indications sont des plus intéressantes, car il ne faut pas oublier qu'en C₈ D₁, nous nous trouvons à l'extrême limite supérieure de la colonne sympathique médullaire et qu'il est curieux de voir précisément que la rétraction de l'aponévrose palmaire si souvent associée à des troubles vaso-moteurs siège dans la portion de la main qui représente la projection de ce segment C₈ D₁, alors que la portion externe de l'aponévrose répondant à un territoire radiculaire plus élevé n'est guère que très rarement atteinte.

Lorsqu'il s'agit de lésions des nerfs périphériques, c'est encore une lésion du cubital qui donne généralement une maladie de Dupuytren, et le nerf cubital lésé, richement entouré de fibres vaso-motrices, donne des troubles vaso-moteurs.

Nous verrons à propos du réflexe pilomoteur quel complément on peut ajouter à cette observation.

Les troubles vaso-moteurs sont constatés cliniquement. Il est habituel en outre de les étudier par l'oscillométrie et par les épreuves complémentaires du bain chaud et du bain froid. On peut leur rattacher, partiellement du moins, certains symptômes souvent constatés au début de la maladie de Dupuytren : des sueurs, des œdèmes, une élévation de la température locale. Ils sont aussi responsables de certains troubles sensitifs subjectifs étudiés dans un chapitre précédent. Certaines des affections médullaires dont étaient atteints les malades

dont l'observation est donnée ici sont connues pour leur tendance à donner des troubles vasculaires.

I. — SIGNES CLINIQUES.

La *rougeur* des mains avec sensation de chaleur accusée par les malades est souvent observée. Parfois la peau de la main est simplement rosée ; lorsque la rétraction est unilatérale, prédomine d'un côté, ou lorsque les signes sympathiques associés ne sont intenses que d'un côté, cette rougeur peut être unilatérale, elle aussi. Les plus anciennes observations rapportent les faits anatogues. Cette rougeur associée à un œdème de la main et à des douleurs avait précédé l'apparition de la maladie de Dupuytren chez la malade de l'observation II de Le Becq. Une malade de Gemmel présente le même signe associé à la douleur et à l'œdème.

L'*acrocyanose* peut s'observer également soit spontanée et persistante, soit provoquée par la mise de la main en position déclive.

Les dilatations veineuses locales ont été notées chez P. Eugène (obs. VIII) et chez D. Florentin (obs. XIII). Les veines augmentées de calibre étaient saillantes. Chez le malade de l'observation VIII il existait en outre autour d'un durillon développé à la suite d'une cicatrisation de brûlure à la pulpe du pouce, une ectasie capillaire étoilée, analogue à ce que M. Alajouanine a observé dans certains cas de pied tabétique pseudo-

syringomyélique. Ces angiectasies peuvent être rattachées à une perturbation sympathique (Klippel et Monier-Vinard).

Le syndrome de Raynaud a été observé chez le malade de l'observation X, qui, en même temps que des phénomènes paresthésiques des extrémités, signalait que ses doigts devenaient subitement blancs et insensibles. La limite supérieure de cette asphyxie s'arrêtait net, un peu au-dessus de l'extrémité proximale des deuxièmes phalanges. Ces crises survenaient surtout lorsqu'il trempait ses mains dans l'eau froide ou dans l'essence de térébenthine ou encore en hiver.

Dans une observation de MM. Léchelle-Baruk et Douady (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1927, p. 622) le malade, syphilitique, présentait une maladie de Dupuytren associée à une sclérodermie : il eut une seule fois une crise de syncope locale du médus.

Nous n'avons pas observé, ni relevé dans les différentes observations publiées, d'érythromélgie associée à la rétraction de l'aponévrose palmaire ; les ecchymoses sous-unguéales, même dans les cas où les troubles trophiques des ongles étaient nets, n'ont pas été observées non plus.

A ces différents troubles vasculaires on peut rattacher les *modifications thermiques locales* que l'on considère comme étant l'expression d'une irritation ou d'une inhibition des voies sympathiques ou de leurs centres médullaires. Ce peuvent être un refroidisse-

ment des extrémités ; *c'est bien plus souvent une élévation de la température locale*. Mais la mesure de cette température locale, de même que l'étude de l'oscillométrie se heurte ici à une grosse difficulté. La maladie de Dupuytren étant, en effet, très souvent, presque toujours même, bilatérale il n'y a pas de point de comparaison possible comme dans le cas d'une arthropathie sympathique unilatérale. Dans les cas où le syndrome sympathique prédominait franchement d'un côté, la température locale était plus élevée de ce côté ; lorsque la maladie de Dupuytren est d'apparition récente et unilatérale, l'exploration est plus instructive ; parfois, *la rétraction étant bilatérale, on peut constater qu'il existe un déséquilibre entre un côté et l'autre* ; déséquilibre qui s'accompagne fréquemment de troubles sudoraux. Pourquoi ce déséquilibre ? Sa constatation a de la valeur ; son interprétation est moins intéressante dans l'état actuel de nos connaissances. Les faits les plus paradoxaux sont d'observation quotidienne dans la pathologie du sympathique.

Enfin *l'on peut trouver une différence de température entre la moitié interne et la moitié externe de la main*, correspondant précisément à la localisation la plus fréquente de la maladie de Dupuytren, correspondant à la plus grande richesse en fibres vaso-motrices des territoires du médian et du cubital.

Même dans les cas où la température de toute une main est plus élevée que celle de l'autre c'est la moitié interne qui est encore la plus chaude. Chez certains malades dont la maladie de Dupuytren était unilatérale et

récente*ou tout au moins subissait une poussée depuis peu de temps, la différence de température locale entre le côté sain et le côté malade méritait d'être étudié.

D... Jean (obs. II) qui fut blessé à la main droite et dont la maladie de Dupuytren prédomine à la main gauche où elle évolue en ce moment, présente une asymétrie de température de 1°3 en faveur de cette main. Mais ce sont surtout P. Eugène et D. Florentine (malades des observations VIII et XI) chez qui ces déséquilibres de température sont nets. Chez ces deux malades ils étaient associés à tout un ensemble de signes constituant une sorte de *main sympathique* (si l'on peut s'exprimer ainsi). Mais tandis que chez P. Eugène ce déséquilibre siège du côté précisément où s'est développée la rétraction de l'aponévrose palmaire, chez D. Florentine, la maladie de Dupuytren semble avoir évolué seule d'un côté tandis que le syndrome sympathique vaso-moteur s'épanouit de l'autre.

Chez le malade de l'observation VIII l'écart de température entre la main droite malade et la gauche est énorme (4°4) aux éminences hypothénar, 2°7 aux éminences thénar, avec un écart de 1° entre la température de l'éminence hypothénar droite et de l'éminence thénar du même côté : différence qui est bien supérieure au maximum noté entre ces régions de la main chez le normal et qui ne dépasse jamais 0°5.

Enfin chez N. : Henri (obs. I) on note cette élévation de la température localisée uniquement à la moitié interne de la main gauche où siège la rétraction. Elle

est de 3°2 supérieure à celle qui fut enregistrée à la main droite et à l'éminence thénar gauche.

Les œdèmes sont également la conséquence d'une perturbation vaso-motrice. Ils étaient nets chez P. Emile et D. Florentine ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les photographies de ces malades (photos 4 et 5). Ce sont des œdèmes d'origine vasculaire, élastiques, indolents, subissant des variations d'un jour à l'autre, généralement colorés, rosés ou jaunâtres.

Les sueurs sont fréquemment notées par les malades. Une vaso-dilatation cutanée s'accompagne généralement de sueurs. Il existe cependant des cas où la sueur est possible en l'absence de toute hyperpulsatilité et inversement des cas de vaso-dilatation sans sueurs.

Chez beaucoup de nos malades on notait *des sueurs généralisées*. Les uns signalaient que ces sueurs avaient coïncidé avec le début de leur maladie médullaire ou de leur rétraction aponévrotique. D'autres, il est vrai, avaient toujours transpiré. Ces sueurs généralisées n'ont de valeur que lorsqu'elles sont abondantes, lorsqu'elles n'existaient pas avant la maladie, lorsqu'elles surviennent sans cause ou d'une façon paradoxale, comme chez le malade de l'observation II qui transpirait du haut du corps alors que ses membres inférieurs étaient glacés, ou encore en hiver au plus gros du froid, et qui ne transpirait que depuis l'époque où il avait été blessé.

Localisées à la main elles sont beaucoup plus intéressantes. On peut, en effet, voir des malades transpirer uniquement des mains (Virgilio Bolli 1902, Tran-

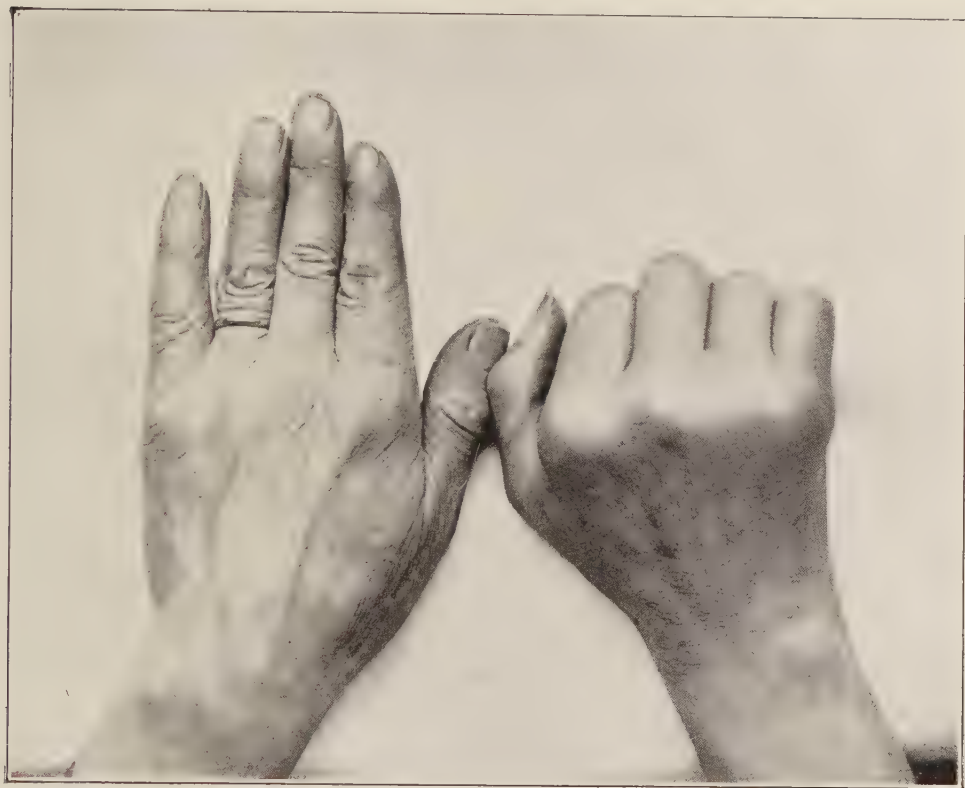


PHOTO 4.

P... Eugène (obs. VIII), montrant l'œdème de la main droite. L'effacement des plis cutanés qui peut, sur la photographie, être rattaché à la fermeture de la main, était bien dû à un œdème perçu à la palpation.

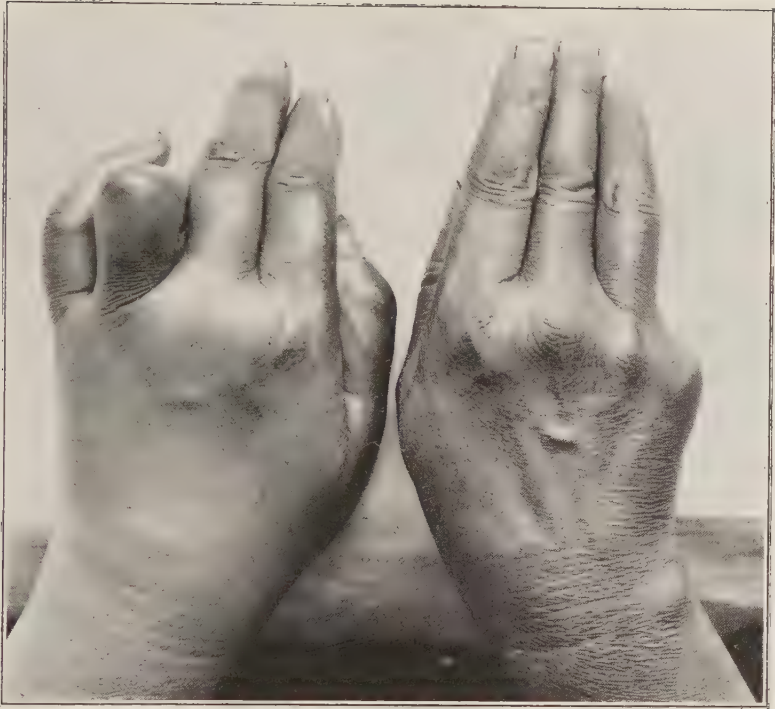


PHOTO 5.

D... Florentine (obs. XI). L'œdème de la main gauche contraste avec la main droite où la rétraction de l'aponévrose existe seule.

quilli, Perdrizet) *et même ne transpirer que de la région interne des mains*. Il s'agit le plus souvent d'une simple moiteur pouvant contraster avec la sécheresse du reste de la main (D. Florentine) (Obs. XI), plus rarement d'une sueur intense de l'éminence hypothénar. Parfois, transpirant des mains, le malade accuse une plus grande humidité de leur moitié interne. Il est possible enfin que cette moiteur change de place d'un moment à l'autre : une région humide sèche, alors que sa voisine se couvre de sueurs. Cette variation était particulièrement fréquente chez D. Florentine. Il ne semble pas que l'aspect inverse d'une sécheresse constante de la peau soit le plus fréquent : il a été signalé par Quinnebaut, par Garraccino.

II. — ÉPREUVE A LA PILOCARPINE.

L'épreuve à la pilocarpine est le complément habituel de tout examen sudoral. Ce n'est que pour cette exploration qu'elle a une valeur. *Elle permet, soit d'exagérer une sudation spontanée, soit de faire apparaître une sudation qui n'existait pas avant*. Elle provoque accessoirement des troubles vaso-moteurs ; pendant la réaction on voit la peau se colorer vivement et le patient accuse une sensation de chaleur liée à la vaso-dilatation, la salivation est le plus souvent exagérée. Mais, selon les sujets, son action pour une même dose est très variable et seules les réactions sudorales qu'elle provoque ont un intérêt.

Nous avons dit qu'elle pouvait soit exagérer une

sudation, soit la faire apparaître. Le premier cas est de beaucoup le plus fréquent et le plus net.

L'intérêt de cette épreuve est grand lorsqu'il s'agit d'une lésion unilatérale ; il l'est beaucoup moins lorsque les lésions frappent les deux côtés puisqu'alors il n'y a plus de moyen de comparaison. Normalement en effet la pilocarpine provoque une réaction sudorale qui apparaît de 5 à 10 minutes après l'injection. Elle débute au front puis envahit la face, le cou, le thorax, la paume des mains, les jambes. Ces phénomènes sont symétriques et apparaissent avec une égale intensité à droite et à gauche. Mais note-t-on une hémihyperhydrose qu'elle fait apparaître ou qu'elle exagère, alors la réaction prend toute sa valeur. C'est dire que dans la maladie de Dupuytren l'épreuve à la pilocarpine se montre rarement d'une interprétation claire.

Chez le malade de l'observation I la pilocarpine n'exagéra que très modérément la moiteur de la main gauche dans sa moitié interne mais provoqua des plaques de vasodilatation intense au bras gauche.

P... Eugène (obs. VIII) qui avait une rétraction unilatérale ou presque, ne put être examiné à cause de sa maladie d'Adam-Stokes (1).

Chez les autres malades ou bien elle ne provoqua rien, ou bien dans certains cas elle exagère la sudation des

1. Les épreuves pharmaco-dynamiques sont couramment pratiquées au cours de la maladie de Stokes-Adam, mais nous rappelons que ce malade était suivi dans le service de M. Clerc ; nous ne pouvions par conséquent nous permettre des examens vasculaires.

deux côtés, sans qu'on puisse en tirer une conclusion. Chez D. Florentine dont les troubles sudoraux sont si capricieux la pilocarpine exagère peu la sudation des mains.

En résumé, sauf chez le malade de l'observation I l'épreuve de la pilocarpine ne nous a donné aucun renseignement.

III. — L'OSCILLOMÉTRIE.

L'examen clinique du sympathique vaso-moteur entraîne l'étude des perturbations de l'indice oscillométrique. Est-il besoin de rappeler que celui-ci peut être modifié de deux façons différentes ? Il peut être augmenté ou diminué. Lorsqu'il n'y a pas d'indice oscillométrique c'est que l'artère est oblitérée (Babinski et Heitz).

1° *La diminution de l'indice oscillométrique* signifie que la lumière de l'artère est plus étroite du côté malade que du côté sain. Si l'épreuve du bain chaud rend à la pulsatilité son intensité normale, c'est qu'il s'agit d'un spasme et non d'une lésion artérielle.

2° *L'augmentation de l'indice oscillométrique* éveille l'idée d'un hypotonus vasculaire dû à une parésie des voies sympathiques péri-vasculaires ou des centres médullaires qui leur commandent.

Nous ne reprendrons pas les différentes discussions par quoi l'on a été amené à conclure que l'augmentation de l'indice oscillométrique était la traduction d'une « parésie active » ou mieux d'une formule d'excitation

vaso-motrice (Lecène et Boulthier, Société de Biologie, 25 mai 1918) alors que la diminution de cet indice oscillométrique avec vaso-contriction traduisait un processus d'inhibition vaso-motrice. Il s'agit dans tous les cas, semble-t-il, d'un processus actif et le terme de « parésie vaso-motrice » n'est peut-être pas très heureux car il laisse la place à un malentendu.

C'est de beaucoup la formule dite parétique avec hyperpulsatilité qui a été observée. Cette hyperpulsatilité peut exister seule. Le plus souvent elle est associée à d'autres troubles du sympathique vaso-moteur.

Mais ici encore on est gêné par la bilatéralité fréquente des lésions et c'est surtout lorsque la maladie de Dupuytren est unilatérale ou en activité d'un seul côté que l'examen oscillométrique est particulièrement instructif. Nous l'avons toutefois pratiqué chez tous les malades que nous avons eu la possibilité d'examiner en détail.

L'étude de l'indice oscillométrique a été pratiquée chez nos malades avec un appareil de Pachon peu sensible, du modèle actuellement en vente et les différences constatées n'ont par conséquent pas eu l'ampleur de celles qui peuvent être notées avec d'autres appareils très sensibles ; c'est pourquoi nous croyons pouvoir attacher une importance à de petites variations de 1 degré que certains expérimentateurs considèrent comme normales. Certains de ces auteurs prennent la peine de signaler qu'ils ont eu recours à des appareils très sensibles pour lesquels une différence de

2 degrés d'un côté à l'autre n'est pas pathologique.

L'étude de l'oscillométrie ne comporte pas que l'enregistrement de l'indice maximum. Il est intéressant aussi d'étudier les modifications de la tension à la maxima, et la forme générale de la courbe. Marinesco attache aussi une grande importance à l'étude cinétique de la courbe. L'indice maximum s'abaisserait dans les cas où la formule est du type parétique dans la station debout, et tendrait à s'égaliser du côté malade puis du côté sain.

CAS OU L'INDICE EST AUGMENTÉ. — Parmi les malades chez qui l'examen oscillométrique a été pratiqué, deux présentaient une réaction identique des deux côtés. *Chez tous les autres il y avait une asymétrie, même dans les cas où la maladie était bilatérale.*

1° *L'hypotonie vasculaire est unilatérale et siège du côté de la maladie de Dupuytren. C'est ce que nous avons observé chez N. Henri (obs. I) et P. Eugène (obs. VIII).*

2° *L'hypotonie vasculaire est unilatérale alors que la maladie de Dupuytren est bilatérale chez quatre autres malades.*

3° *La maladie de Dupuytren est unilatérale ou bilatérale et il n'y a pas de variation apparente de l'indice oscillométrique d'un côté par rapport à l'autre.*

La première catégorie de malades est la plus facile à comprendre. Chez ceux-ci il est tout naturel de retrou-

ver associé à d'autres troubles du sympathique un syndrome d'hypotonie vasculaire unilatérale et nous n'y insisterons pas.

Les malades de la deuxième catégorie peuvent sembler assez paradoxaux. Ils ne sont pas, d'ailleurs, calqués les uns sur les autres et chacun mérite un commentaire particulier.

D... Jean (obs. II), en effet, nous a donné des résultats variables d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre même, tant aux bras qu'aux avant-bras. Les chiffres que nous donnons sont plus des chiffres d'impression que d'exactitude. Il nous a semblé que l'indice l'emportait du côté gauche où d'ailleurs la maladie était plus évolutive. Mais la blessure avait eu lieu à droite et enfin l'indice oscillométrique avait été nettement exagéré au bras droit par rapport au bras gauche lors d'un premier examen. Puis un autre jour les indices des bras s'étaient montrés égaux des deux côtés, etc... Chez lui, donc, on ne peut que noter ce *déséquilibre continu* qui entraîne des variations de l'indice : c'est cette instabilité plus qu'une asymétrie qui nous semble chez lui révélatrice d'une perturbation vaso-motrice. Ajoutons que l'énorme différence notée un jour entre l'indice des bras et celui de l'avant-bras doit être considérée comme pathologique, bien que normalement on puisse la constater mais jamais aussi prononcée.

V... Emile (obs. VI) qui présentait une légère augmentation de son indice oscillométrique à gauche semblait également avoir une petite irritation pyramidale

gauche les réflexes de ce côté étaient exagérés et bien plus vifs qu'à droite.

Le cas de D... Florentine (obs. XI) est, comme il a été déjà dit, plus complexe. En effet, chez cette malade, la maladie de Dupuytren évolue seule à droite alors qu'elle s'accompagne d'un syndrome trophique et d'hypotonie vasculaire intense du côté de son hémiplégie, ou plus exactement de sa monoplégie puisque la paralysie prédomine nettement au membre supérieur gauche. La rétraction de l'aponévrose palmaire n'a fait que s'exagérer lors de son accident paralytique récent et il est intéressant de voir chez elle l'atteinte centrale ne s'extérioriser à droite que par une rétraction isolée de l'aponévrose palmaire alors que son membre supérieur gauche paralysé a vu s'installer des troubles trophiques à tous les plans depuis la peau jusqu'à l'os. Ici l'hypotonie vasomotrice n'est qu'un des éléments du syndrome trophique, la rétraction aponévrotique en est un autre.

Les malades du troisième type (indices oscillométriques symétriques) que l'on a observés le plus souvent jusqu'à ce jour, soit que la maladie de Dupuytren ait débuté très antérieurement à l'examen, soit qu'elle ait été le seul signe d'une atteinte sympathique, soit enfin que l'hyperpulsatilité étant bilatérale elle ne soit pas apparente.

Quant au cas particulier du malade de l'observation X qui présentait un petit nodule de rétraction aponévrotique dans la main droite, parmi tout un syndrome trophique de la main, il est bien étonnant que

cette cyanose intense, avec accidents du type syndrome de Raynaud, ne se soit pas accompagnée de troubles vasculaires. Il est probable que nous devons au manque de sensibilité de notre appareil de n'avoir pas constaté de microsphymie plus nette à l'épreuve du bain froid qui était douloureuse.

ELÉVATION DE LA TENSION MAXIMA. — Les cas où la microsphymie est nette entraînent une élévation apparente de la tension maxima.

En effet, l'on constate alors que la première oscillation appréciable apparaît du côté où l'indice est plus élevé avant toute réaction de l'autre côté. Cette variation entre le côté sain et le côté malade ne fut pas dans nos cas supérieure à 1°. Le cas particulier de P... Eugène (obs. VIII), qui avait pourtant une grosse élévation de l'indice oscillométrique du côté droit malade, s'explique par ce fait que ce malade était atteint d'un pouls lent permanent avec grosse hypertension artérielle. Dans de telles conditions, à 25, on ne pouvait espérer noter une différence entre ces deux indices, tout au moins relevant de l'hypotonie vasomotrice.

RAPPORT DE L'INDICE OSCILLOMÉTRIQUE ET DE LA TENSION. — En règle générale, de ce qui vient d'être dit on peut conclure que l'indice oscillométrique est exagéré par rapport à la tension du côté où l'on note le syndrome d'hypotonie vaso-motrice. Cette constatation découle tout naturellement du fait qu'il y a hyperpulsatilité de ce côté. On pourrait se demander si dans les

cas où la maladie de Dupuytren est bilatérale ce n'était à une hypertonie avec microsphygmie que l'on avait à faire, du côté où l'indice était considéré comme normal, alors que du côté dit hypotonique l'indice n'aurait pas été modifié. Dans la plupart des cas on voit facilement qu'il s'agit bien d'une exagération de l'indice oscillométrique.

Mais chez D... Jean (obs. II) dont la maladie est bilatérale, l'indice maximum de 1° à droite est petit, surtout si on le compare à celui du bras qui peut être considérable (8°). L'indice 2 du bras gauche peut être regardé comme normal. Les épreuves du bain chaud montrent une élévation de l'indice de ce côté droit et ne montrent rien à gauche. Mais l'instabilité des réactions ne permet guère chez ce malade de conclure.

D'autre part, chez P. Eugène (obs. VIII) la grosse amplitude des indices est proportionnée à l'hypertension à 25. Mais du côté malade il y a quand même une exagération de cet indice par rapport à la tension : c'est du moins ce que l'on est obligé de conclure si l'on admet que la pulsatilité est proportionnelle de l'autre côté.

BAIN CHAUD ET BAIN FROID. — Nous avons complété l'étude de l'oscillométrie par les épreuves du bain chaud et du bain froid. Mais nous avons pratiqué ces examens sans aucune intention de les expliquer.

Au bain chaud, il est de règle d'observer une vasodilatation dans les cas où la parésie vaso-motrice n'a pas provoqué une hypotonie vasculaire totale et un

retour à la normale dans les cas de spasme vasculaire par réaction hypertonique. Dans ce cas, les indices oscillométriques tendent à s'égaliser après le bain chaud. Nous avons surtout observé des cas d'hypotonie vasculaire.

L'épreuve du bain chaud a été pratiquée selon la technique courante. L'avant-bras fut trempé ainsi que le tiers inférieur du bras dans une eau portée à 40° et maintenue à cette température par un réchauffement continu pendant dix minutes. Les résultats n'ont pas été des plus nets. Dans la plupart des cas la réaction a été nulle ou très faible. Il aurait été préférable de pouvoir enregistrer les variations avec des appareils sensibles.

Parfois on a pu enregistrer *une augmentation discrète de l'indice après épreuve du bain chaud*. C'est cette formule qui fut la plus fréquente.

Une fois la réaction a été beaucoup plus nette du côté sain que du côté malade que le bain chaud soit imposé d'un côté ou de l'autre.

Une fois la réaction fut nulle malgré les très gros troubles trophiques du côté gauche avec maladie de Dupuytren bilatérale (obs. XI).

En résumé : Au cours de la maladie de Dupuytren on peut constater des troubles vaso-moteurs plus ou moins intenses avec modifications de l'oscillométrie. Ces modifications ne sont ni constantes, ni toujours du même type : c'est la formule dite parétique avec hyperpulsatilité qui est la plus fréquemment observée.

Réflexe pilomoteur.

Les remarques faites à propos des troubles vaso-moteurs trouvent, disions-nous, leur complément à propos du réflexe pilo-moteur. Voici ce dont il s'agit :

1° Pour les lésions médullaires il n'y a rien à changer à ce qui a été dit plus haut. Tout au plus doit-on signaler encore que $C_8 D_1$, étant l'extrême limite supérieure du tractus intermedio lateralis, une lésion de cette région ne doit entraîner que peu de troubles vaso-moteurs, sudoraux et de l'horripilation. Pour ce qui est des premiers de ces troubles, ils s'observent souvent cependant à cause de l'interdépendance qui existe entre les différents segments médullaires de la colonne sympathique. Quant à la paralysie ou à l'irritation des fibres pilomotrices, on ne devra les observer que dans les atteintes des racines antérieures puisque c'est avec ces racines qu'elles sortent de la moelle (Poliomyélite. Scléroses latérales amyotrophiques).

2° Mais, à la périphérie, un fait nouveau survient, à savoir que les zones innervées par le cubital et le médian, zones essentiellement atteintes au cours de la

maladie de Dupuytren, si elles sont richement fournies de fibres vaso-motrices et sudorales sont très pauvres en fibres pilomotrices. Que la lésion soit médullaire ou périphérique, nous ne serons donc pas étonné d'observer des troubles vaso-moteurs, pas surpris non plus de ne pas noter de modifications pilomotrices.

Si l'on peut observer des troubles de l'horripilation au cours de la maladie de Dupuytren, c'est que le système autonome est un réseau dont les différentes lignes sont merveilleusement reliées entre elles : il s'agit, ou d'une lésion par propagation, ou d'un trouble réflexe.

Effectivement, des observations de Le Becq, certaines de celles qui figurent ici notent des modifications du réflexe pilo-moteur qui n'ont plus la constance et l'aspect de fatalité que l'on trouvait à la concomitance des troubles vaso-moteurs et sudoraux avec la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Si l'on observe parfois une *exagération de contraction des arrecteurs des poils*, c'est que les lésions sont fines et qu'il n'y a pas vaste solution de continuité entre deux territoires médullaires comme chez les malades qu'étudia A. Thomas (1) dans son beau livre, blessés de guerre pour la plupart, blessés par shrapnells ou éclats d'obus, dont la moelle avait été non seulement sectionnée mais encore déchiquetée : un ou deux segments médullaires pouvaient avoir été dé-

1. A. Thomas, *loc. cit.*

truits, ainsi qu'on s'en rendait souvent compte dès l'examen clinique, par l'étendue de la zone silencieuse notée entre la portion médullaire qui obéissait aux incitations subsiduelles et celle qui agissait sous l'excitation de la moelle sous-lésionnelle libérée.

Quoi qu'il en soit, l'examen des réactions pilo motrices recherché selon les différentes techniques, fort simples, indiquées par André Thomas, n'a apporté aucun renseignement complémentaire.

Le Becq avait trouvé ce réflexe tantôt exagéré, tantôt diminué ou aboli, chez plusieurs de ses malades.

De tous les malades examinés chez M. Alajouanine, celui de l'observation II, dont la maladie de Dupuytren était bilatérale, présentait un phénomène de la chair de poule intense à l'avant-bras droit. C'est de ce côté qu'il avait été blessé et amputé du quatrième doigt.

Chez la malade de l'observation VI, il est tout naturel de trouver un phénomène de la chair de poule intense et bilatéral descendant jusqu'en D₇. Ce malade présente des lésions qui ont pour point de départ une ostéite bacillaire de la troisième vertèbre dorsale, mais qui sont certainement beaucoup plus étendues. Ajoutons qu'il n'existait aucun autre signe chez lui qui pût faire craindre une souffrance de la colonne médullaire au-dessus de D₃.

Tous les autres malades étudiés ont réagi normalement à l'excitation des trapèzes.

Les autres auteurs n'ont pas recherché les modifications du réflexe pilo-moteur.

Troubles trophiques.

Les troubles trophiques ont été notés aux différents plans de la main par les auteurs qui ont publié les observations de maladie de Dupuytren. Il convient, nous l'avons déjà vu, d'insister sur cette question, car il existe deux espèces de cas bien différentes l'une de l'autre. Dans la première, la rétraction de l'aponévrose palmaire est tout, les troubles associés ne sont rien ou presque rien ; dans la seconde, au contraire, la nodosité palmaire est un élément, entre autres d'un syndrome trophique de la main.

Quoi qu'il en soit, on observe plus ou moins constamment les lésions suivantes :

Lésions cutanées. — Les modifications de la peau figurent dans les observations les plus anciennes. Même au temps où l'on considérait que cette maladie était une affection locale, isolée de l'aponévrose palmaire, les auteurs signalaient déjà ces modifications. Jules Guérin écrivait même, en 1833 : « Sans nier absolument la participation du tissu cellulaire et de l'aponévrose, nous croyons que l'affection principale était celle de la peau » et il classait cette maladie dans les dermatoses ? En fait, la peau est rarement

normale. Le plus souvent elle est *rosée, fine, mince, lisse* et sans élasticité, et ces caractères surprennent particulièrement chez les malades qui font de gros travaux manuels. Cet aspect de la peau évoque celui qu'on note à la main des singes dont la paume est toute rose et fine malgré son contact continu avec l'écorce rugueuse des arbres et des lianes et contraste avec l'état épais et velu de la face dorsale.

Mais, sur cette peau amincie, les durillons ne sont pas rares. Ils siègent parfois au niveau des nodosités, parfois ils se produisent en un point quelconque de la paume et traduisent une réaction anormale de la peau à une blessure minime, à une piqûre, à une brûlure.

Garraccino (*Riforma medica*, 1886) écrivait que la peau des malades atteints de la maladie de Dupuytren était dure, épaissie, sans élasticité et adhérente aux tissus sous-jacents. Cette affirmation est, sans doute, un peu générale. Il existe des zones d'épaississements ; dans l'ensemble, la peau est souvent, au contraire, particulièrement amincie.

La peau peut, enfin, être franchement écailleuse, sèche et friable. Cayla, dans une observation de 1883, signale cette sécheresse spéciale de la face palmaire de la main (1).

1. Il est curieux que MM. Leriche et S. Jung, dans leur intéressant article de la *Presse Médicale* du 3 décembre 1930, insistent sur la non participation de la peau à la maladie de Dupuytren. Ces auteurs écrivent également qu'on n'a jamais cité de cas de maladie de Dupuytren comme suite immédiate ou éloignée des innombrables blessures nerveuses. Les mêmes auteurs rapportent deux cas de maladie de Dupuytren chez des hypocalcémiques

MALADIE DE DUPUYTREN ET SCLÉRODERMIE. — Cet état scléreux peut aller jusqu'à la sclérodermie typique. Plusieurs auteurs ont signalé également cette association. On peut distinguer avec Léchelle, Baruk et Douady deux états évolutifs différents :

1° *Souvent le processus sclérodermique évoluant en profondeur, atteint l'aponévrose palmaire qui se sclérose, se bride et se rétracte.* Ce que nous savons des rapports de l'aponévrose palmaire superficielle avec la face profonde du derme nous permet de ne pas nous étonner de cette participation de l'une à la sclérose de l'autre. Lorsqu'on examine une main sclérodermique, on voit nettement ces brides qui creusent profondément les sillons transverses ; mais il n'existe pas de ces nodosités qui individualisent la maladie de Dupuytren. Tout au plus existe-t-il une condensation fibreuse entre deux brides aponévrotiques ; la flexion des doigts n'est que peu sous la dépendance de la rétraction de l'aponévrose ; elle s'explique plus précisément ici par la sclérose des tendons et des articulations. Brissaud, à propos d'une malade atteinte de sclérodermie et de maladie de Dupuytren, écrit (dans la *Presse Médicale* de 1897, p. 285) que les rétractions des tendons fléchisseurs sont secondaires à l'évolution et à l'extension du processus sclérodermique : il en est ainsi, dit-il, chez

améliorées par un traitement d'extrait parathyroïdien. Nous avons essayé sans succès ce traitement chez Th. Edouard (maladie de Dupuytren héréditaire), parce que ce malade semblait devoir particulièrement profiter de ce traitement, s'il avait dû être une fois efficace : il n'y a eu aucune amélioration.

cette malade qui, à la suite de sclérodermie généralisée à évolution rapide, fut atteinte secondairement de déformations des mains en flexion ; l'aspect pouvait, à première vue, simuler celui de la maladie de Dupuytren, mais il s'agissait en réalité d'une adhérence profonde fixant la paume de la main aux gaines des fléchisseurs et, ajoute-t-il, « il semble qu'il s'agisse d'une variante de la maladie de Dupuytren » ; on n'observait pas les saillies habituelles des cordes tendineuses.

C'est cet aspect que nous avons observé au cours de la sclérodermie.

2° Dans d'autres cas la sclérodermie se présente comme beaucoup plus voisine d'une maladie de Dupuytren typique.

OBSERVATION XII

Malade qui nous fut adressé par M. le Dr Blamontier.

Sclérodactylie bilatérale héréditaire datant de trois ans, avec cordes des deux derniers tendons fléchisseurs des doigts. Atteinte moins apparente des 2° et 3° tendons fléchisseurs. Hérédité : Sont atteints la grand'mère paternelle, le père, le frère aîné du malade. Examen neurologique et chronaxique négatifs. Troubles vaso-moteurs des mains. Urticaire.

Th... Edouard est âgé de 19 ans. C'est en 1928, trois ans avant qu'il soit vu à la consultation de M. Blamontier d'abord, de M. Alajouanine ensuite, que ses doigts ont commencé à se fléchir progressivement.

Lorsque cette flexion commença, la force musculaire

de la main droite fut très diminuée, dit le malade (main inerte, impossibilité de soulever un poids un peu pesant), à l'extrémité distale du membre supérieur droit.

EXAMEN. — Il n'y a pas de nodosités typiques. Les lésions intéressent surtout les plans profonds digitaux.

Sont les plus fléchis les 5° doigts des deux côtés. Puis la flexion est de moins en moins accentuée aux 4°, 3° et 2° doigts. Les lésions prédominent à droite. Les pouces sont intacts.

La flexion des 5° doigts porte sur les trois phalanges, elle est irréductible.

La force musculaire est actuellement intacte dans la limite d'évolution des doigts.

Dans sa famille sont atteints de la même affection un frère, le père, la grand'mère paternelle. Un frère est indemne.

Le malade est soigné par le docteur Blamontier pour de l'urticaire dont il souffre depuis les premiers mois de sa vie.

Il présente des troubles vaso-moteurs des mains très marqués : mains rouges, sueurs très abondantes des extrémités.

Examen chronaxique (D^r Mathieu) :

A droite :

Fléchisseur du 4°.

Grand palmar.

Cubital antérieur.

Cubital antérieur (par le nerf).

A gauche :

Trapèze.

Deltôïde.

Fléchisseur 4.

Grand palmar.

Grand palmar (par le nerf).

sont normales (un peu petites pour le grand palmar droit).

Donc, chronaxies normales au niveau des points moteurs. *Ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas de fibres anormales.* Tandis que si l'on constatait des chronaxies anormales au niveau des points moteurs on pourrait affirmer une altération.

3° Le cas de ce jeune malade se place entre la première et la seconde catégorie de faits décrits par Léchelle-Baruk et Douady chez le malade présenté par ces auteurs à la Société Médicale des Hôpitaux ; *l'aponévrose palmaire fut la première atteinte ; la sclérodermie fut secondaire.*

Ainsi l'on peut résumer la coexistence de la rétraction de l'aponévrose palmaire avec la sclérodermie.

1° Cas où la sclérodermie envahit secondairement l'aponévrose palmaire, ces cas sont très fréquents.

2° Cas mixtes.

3° Cas où une sclérose de l'aponévrose palmaire est le début d'un processus secondairement généralisé à tous les tissus.

Les pigmentations anormales, le vitiligo sont signalés par Jardini (1907), nous n'avons pas noté ce trouble chez les malades examinés dans le service de M. Alajouanine.

Les maux perforants sont rares. Nous n'en avons pas observé. Drefous (1883) parle de malades de Dreyfus-Brissac, diabétiques, qui avaient un mal perforant du pied et une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Les troubles des phanères, sont fréquents. L'hypertrichose est signalée par Perdrizet dans sa thèse (1904) chez un malade qui fit une maladie de Dupuytren en même temps que des lésions bacillaires des côtes.

Rappelons que le développement des poils et l'hypertrichose sont intimement liés à une influence et à une perturbation du sympathique. Pye, Smith, Edm. Saalfeld ont observé la croissance exagérée des poils de l'oreille après section du sympathique cervical chez le lapin. Villaret montra en 1915 que l'hypertrichose « qui le plus souvent s'associe à l'hyperhydrose », trouble d'origine sympathique, était fréquente dans les blessures des nerfs périphériques.

C'est surtout la modification des *ongles* qui a été observée au cours de la maladie de Dupuytren. Les ongles sont secs, friables, se fendant et se cassant facilement. Leur coloration est blanc jaunâtre chez la plupart des malades observés. Il existe parfois une dissociation des plans cornés dont les plus superficiels se décolorent, se gauffrent, se soulèvent en de petites bulles longitudinales. Un malade avait des *doigts hypocratiques*, mais la sclérose pulmonaire ancienne dont il souffrait, pouvait à elle seule, justifier cette modification des phalanges et des ongles. Dans un cas de Brissaud rapporté par Feindel, les ongles du côté droit étaient plus bombés que ceux du côté gauche ; de ce côté droit précisément s'était développée une maladie de Dupuytren.

Tous ces troubles du développement des ongles sont souvent notés au cours de lésions nerveuses centrales

ou périphériques. « Du côté des ongles, écrit Déjerine, on observe surtout dans les névrites, et en particulier dans la névrite traumatique, des hypertrophies, de l'incurvation et enfin la chute spontanée de l'ongle. » (On a vu plus haut qu'un de nos malades blessé du cubital avait une main de syringomyélique).

Dans certains cas où la lésion médullaire est évidente, et grosse, lorsqu'on a affaire à une syringomyélie par exemple, on peut même voir la maladie de Dupuytren évoluer au milieu d'autres troubles trophiques impressionnants : panaris, mutilations des doigts et c'est alors que les ongles peuvent tomber et être remplacés par des formations cornées épaisses.

L'atrophie des glandes sudoripares a été signalée par Perdrizet. Leur hyperfonctionnement a fait ici l'objet d'une étude dans un chapitre spécial.

Les œdèmes déjà étudiés également sont fréquents aux mains. Parfois prédominant à l'éminence hypothénar et aux interosseux, ce gonflement des tissus sous-cutanés masque l'amyotrophie sous-jacente et peut partiellement niveler le relief des cordons rétractés.

Les poussées d'urticaire sont rarement signalées. Un malade de Le Becq en souffrait. Ce sont des poussées d'urticaire qui amenèrent à la consultation de M. Blamontier, Th... Edouard (obs. XII), ce jeune homme qui était atteint d'une sclérodactylie héréditaire avec rétraction symétrique des aponévroses palmaires.

L'amyotrophie et l'hypertrophie musculaire. —

L'amyotrophie est souvent notée chez les malades de ce travail. Elle porte sur les interosseux et les muscles hypothénariens surtout ; mais on peut observer des amyotrophies de tous les muscles de la main, principalement dans les cas où la maladie de Dupuytren envahit la portion externe de l'aponévrose palmaire. L'amyotrophie de type Aran-Duchenne est également signalée par Le Becq chez la plupart de ses malades.

Les arthropathies.

OBSERVATION XIII

Maladie de Dupuytren bilatérale remontant à sept ans.

Arthrite de l'épaule gauche ayant débuté il y a quatre mois.

Diabète révélé en 1920 par une pleurésie purulente grave suivie d'une parésie transitoire du membre supérieur droit.

L... Martial, 58 ans, souffre d'une arthrite de l'épaule gauche depuis quatre mois environ. En voulant lever le bras, le malade a constaté, un jour, que le mouvement d'élévation en avant était limité et douloureux.

Depuis persiste une douleur sourde et continue, nocturne surtout et que ne soulage pas le repos articulaire.

A l'examen, le 27 février 1931, on constate une grosse réaction des tissus périarticulaires : la peau est tendue, chaude ; le tissu sous-cutané est œdémateux.

Les mouvements actifs sont tous douloureux et limités. Passivement on mobilise peu l'article et l'omoplate suit les mouvements.

Gros craquements articulaires.

L'articulation scapulo-humérale droite n'est pas indenne.

La maladie de Dupuytren a débuté il y a six ou sept ans, sans cause apparente. Elle a peu évolué. Il s'agit simplement de deux petites nodosités des aponévroses palmaires entraînant une très minime flexion du médius à gauche et de l'annulaire à droite. Il s'agit surtout d'une limitation de l'extension de ces doigts.

Il existe d'autres nodosités dans la paume de la main jusqu'au 2° fléchisseur à gauche et jusqu'au 5° à droite sans limitation de l'hyperextension des doigts correspondants.

L'examen neurologique est entièrement négatif sauf en ce qui concerne le *réflexe pilomoteur* qui est vif dans le territoire radiculaire externe des deux membres supérieurs et la *sudation* qui entretient les mains dans un état de moiteur constante.

Le malade est diabétique. Ce diabète fut constaté en 1920, trois ans environ avant le début de la rétraction de l'aponévrose palmaire. Il est bien toléré puisque le taux du sucre, après avoir atteint 54 grammes par vingt-quatre heures est tombé à 14 grammes et se maintient à ce niveau, sans que le malade suive de régime. Comme autres signes de diabète, le malade avoue un gros appétit et urine deux litres par vingt-quatre heures.

Pas d'antécédents trophiques. Dents en bon état, vue bonne.

Enfin (et ce fut à cette occasion qu'on découvrit son diabète) le malade a fait une pleurésie purulente grave, quoique peu pyrétique, suivie de vomique massive avec hémoptysie alarmante, puis de vomiques fractionnées. L'état général fut gravement compromis à cette époque et la convalescence ne dura pas moins de trois ans.

Pendant sa pleurésie, il aurait eu une parésie du membre supérieur droit, dont il ne reste aucune trace actuellement.

L'état général et pulmonaire est bon maintenant.

OBSERVATION XIV

Maladie de Dupuytren ayant débuté il y a huit ans; à gauche, bientôt bilatérale.

Arthrite de l'épaule gauche ayant débuté il y a trois mois.

Traitement par courant de haute fréquence très douloureux. Sensation de brûlure dans tout le bras gauche qui est chaud.

Atrophie des muscles du membre supérieur gauche.

Examen neurologique négatif.

Rien à droite.

M... Louis, âgé de 55 ans, a constaté, il y a trois mois environ, une gêne progressive des mouvements de son épaule gauche.

A l'examen, en août 1931, on constate une arthrite ankylosante de l'épaule pour laquelle on prescrit de la haute fréquence.

Huit jours environ après le début de son traitement il commence à ressentir des douleurs dans le bras gauche: c'est une sensation très pénible de brûlure survenant la nuit et lui laissant répit pendant le jour. Outre cette brûlure, le malade a la sensation que son bras gauche est plus chaud.

Enfin, au début de son traitement, on plaçait une électrode sur la main gauche et il éprouvait une sensation de brûlure au niveau de la bride de la rétraction fibreuse de l'aponévrose palmaire qu'il a à ce niveau.

La maladie de Dupuytren a débuté il y a huit ans, d'abord à gauche (elle est plus marquée de ce côté), elle est bientôt devenue bilatérale. Ce sont les annulaires qui sont les plus fléchis. La force musculaire est intacte aux mains et l'impotence fonctionnelle minime. La maladie de Dupuytren n'a pas subi de recrudescence depuis le début de son arthrite.

L'exploration de l'épaule gauche précise la limitation

des mouvements d'abduction et en arrière, avec une certaine liberté des mouvements en avant.

L'épaule droite est intacte.

Globalement les muscles du bras gauche sont atrophiés et leur force musculaire est moindre qu'à droite.

Le reste de l'examen neurologique est négatif.

La palpation avait fait éprouver une sensation de chaleur du membre supérieur gauche que ne vérifie pas la prise des températures *in situ*.

Le réflexe pilomoteur est normal. L'épreuve de la pilocarpine (1 centigr. sous-cutané) n'amène aucune modification vaso-motrice.

OBSERVATION XV

(Malade qui nous fut adressée par M. le D^r Bascourret.)
Aortite spécifique traitée depuis un an par de l'ouabaïne et du gardénal.

Douleurs et impotence fonctionnelle des épaules.

Il y a six mois, début de rétraction palmaire simultanément avec arthralgies des petites articulations des doigts.

EXAMEN. — *Maladie de Dupuytren bilatérale. Rhumatisme des articulations phalango-phalanginiennes. Arthrite des épaules. Diminution des réflexes tendineux et périostés du membre supérieur gauche.*

Examen viscéral, signes d'aortite, T. A. maxima 25.

Signes de spécificité : glossite médiane. Paresse pupillaire à la lumière.

S... Henri, 63 ans, chef magasinier, est atteint d'aortite probablement spécifique pour laquelle il est traité par le D^r Bascourret depuis un an. Son traitement consistait en piqûres d'ouabaïne associées à du gardenal à raison de 0 gr. 50 par jour.

Lors du premier traitement, il resta couché pendant un mois. En se levant, il constata une difficulté à mobi-

liser ses bras parce qu'il souffrait de violentes douleurs dans les épaules qui irradiaient uniquement dans les deux bras. Ces douleurs étaient uniquement provoquées par les mouvements et elles auraient subi des variations suivant le traitement que l'on faisait suivre au malade : pendant le traitement au gardenal, elles persistèrent et diminuèrent assez notablement lorsqu'on remplaça celui-ci par le rutoal.

Il y a six mois à peu près qu'est apparue une maladie de Dupuytren bilatérale qui fut précédée, deux mois auparavant, par une sensation de brûlure des mains.

En même temps que la maladie de Dupuytren, les articulations des doigts devenaient douloureuses et étaient le siège de phénomènes rhumatoïdes. Ces deux affections sont à peu près contemporaines.

Examen le 4 mai 1931. — La maladie de Dupuytren est bilatérale; elle se traduit aux paumes par une rétraction de l'aponévrose avec nodosités typiques et légère flexion des 4 derniers doigts des mains, le 5^e étant le plus fléchi. Cette flexion est à peu près symétrique.

Les phénomènes rhumatismaux portent sur les articulations phalango-phalanginiennes des doigts, les autres articulations sont respectées.

Les épaules sont le siège d'une arthrite douloureuse qui entraîne une certaine impotence fonctionnelle.

Il n'y a pas de troubles moteurs autres que ceux dus à cette arthrite.

Les réflexes tendineux et périostés du membre supérieur semblent moins vifs à gauche qu'à droite.

Il n'y a pas de troubles sensitifs.

Troubles trophiques. — La peau est sèche, écailleuse. Il n'y a ni sueurs, ni modifications thermiques ou vasculaires. Le réflexe pilomoteur est très discret à la friction des trapèzes.

Les autres recherches n'ont pu être faites. D'ailleurs, le malade est un aortique dont le système artériel est perturbé. Sa tension est à 24-25. Le deuxième bruit aor-

tique est clangoreux. Les artères sont battantes, le pouls est ample.

L'examen général montre une glossite médiane de Brody des pupilles paresseuses à la lumière.

A ces trois observations on peut adjoindre celle du malade Paul C... (obs. III) qui souffre depuis février 1931 d'une arthrite de l'épaule gauche alors qu'il avait fait une rétraction de l'aponévrose palmaire homolatérale d'une névrite du médian droit. Le degré de flexion des doigts est fixé depuis 1921.

Florentine D... (obs. XI) en même temps qu'une hémiplégie immobilisant son côté gauche, souffrait d'une polyarthrite très douloureuse des trois grosses articulations du membre supérieur du même côté.

Ainsi, sur quinze malades dont les histoires ont été retenues, cinq au moins souffraient d'arthrite des différentes articulations du membre supérieur.

Il est juste de reconnaître que presque tous ces malades avaient atteint un âge où l'arthrite ankylosante est d'observation courante et que cette arthrite est apparue longtemps après la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Le cas de Henri S... (obs. XV) doit être considéré à part. Il s'agit d'un malade syphilitique traité par le gardénal ; on peut imputer soit à la maladie, soit au médicament, l'apparition de cette poussée articulaire, sinon de la rétraction de l'aponévrose palmaire. Le siège de cette arthrite des petites articulations phalango-phalangiennes fait plutôt penser à une arthrite spécifique. En tous cas chez lui de même que chez

Florentine D... on peut établir un rapport de concomitance entre l'arthrite et la maladie de Dupuytren.

Le deuxième malade de Pommé-Tricault et Lubineau présenté par le professeur Guillaïn est très intéressant. Voici son observation résumée :

M. T..., 60 ans, garçon de bureau, nous est adressé pour douleurs bilatérales des coudes avec déformations symétriques des mains.

En mai 1930, cet homme (sans aucun antécédent qu'une fièvre typhoïde ayant évolué en 1917 sans séquelles) souffre d'abord par intermittences, puis continuellement, de la partie interne des deux articulations du coude.

Les algies ne sont pas lancinantes, mais plutôt à type de brûlures, elles s'avivent par temps chaud et s'exacerbent en toute saison pendant la nuit, où elles gênent considérablement le sommeil.

Peu de temps après (une ou deux semaines) la main gauche se déforme de plus en plus, l'annulaire s'infléchit progressivement et l'extension complète n'est plus possible : trois mois plus tard, le médius est en flexion à son tour. Il n'y a jamais eu de douleurs au niveau de la main.

Six mois après le début de la maladie (en octobre 1930) l'auriculaire devient plus difficile à étendre; vient le tour ensuite de l'annulaire.

A l'examen, rétraction des deux aponévroses palmaires fléchissant les 3°, 4° et 5° doigts de la main gauche et les 4° et 5° doigts de la main droite.

L'examen neurologique est négatif, de même que celui du système neuro-végétatif.

Calcium sanguin 0,090 et 0,093.

Radiographie. — Rien aux coudes. Présence de petits points ostéophysiques du bord supérieur de C6 et du bord supérieur de C7.

A cette observation les auteurs en ajoutent une troi-

sième qu'ils ne font que citer, d'un malade qui avait une rétraction bilatérale des aponévroses palmaires prédominant à droite. Ce malade présentait des réactions ostéophytiques des corps vertébraux de C₄ C₅ C₆ et une inégalité pupillaire nette au profit de la pupille droite.

On peut donc affirmer qu'il existe un lien entre la maladie décrite par Dupuytren et certaines formes de rhumatisme de type trophique et d'origine sympathique.

D'autres auteurs ont rapporté des observations analogues. Goyrand, Cruveillier n'ont pas hésité à faire de la rétraction de l'aponévrose palmaire, un rhumatisme fibreux, que Rathery classe à côté de la périarthrite scapulaire, des nodosités rhumatismales, des doigts hippocratiques, des nodosités de Bouchard et d'Heberden. Cette conception nous semble difficilement soutenable. Nous ne ferons que citer encore Jaccoud, Tedeschini, Charcot, Besnier, Menjaud qui ont cru pouvoir rattacher la maladie de Dupuytren à ces formes de rhumatisme déformant consécutives au rhumatisme articulaire aigu.

Pathogéniquement depuis Charcot, Skoda, Riselmann, Remak et surtout Teissier, on s'est attaché à voir en certaines formes de rhumatismes telles que celles dont souffraient nos malades, un trouble trophique d'origine nerveuse. Bien que plus récemment Marinesco (1), Leriche et ses élèves se soient efforcés

1. Marinesco, *Traité* de Vidal, Roger, Teissier, t. XXII. Article « Rhumatismes chroniques ».

de démontrer que ces rhumatismes étaient en réalité liés à une lésion des parathyroïdes, il semble bien qu'il existe des rhumatismes par atteinte du système sympathique médullaire ou périphérique.

L'observation de Pommé, Tricault et Lubineau apporte une preuve radiographique intéressante à la théorie nerveuse de ces arthrites en même temps qu'à la même théorie de certains cas de rétraction de l'aponévrose palmaire. Les gros troubles sympathiques de Florentine D... ne laissent aucun doute sur la nature des flexions articulaires dont elle souffrait :

En résumé :

- 1° *L'association d'une rétraction de l'aponévrose palmaire avec certaines formes de rhumatisme est fréquente.*
 - 2° *Leur origine est commune, due à une atteinte du sympathique dans le territoire radiculaire de C₈ D₁.*
 - 3° *Leur étiologie peut être obscure ou évidente, syphilitique ou par irritation du sympathique au niveau des rameaux communicants par une réaction ostéophytique de la colonne cervicale.*
-

Pathogénie

De notre étude basée sur de nouvelles observations et sur une série de cas épars dans la littérature médicale, un certain nombre de faits paraissent découler de façon certaine. C'est d'abord que, parmi le groupe des rétractions de l'aponévrose palmaire, une classe spéciale est à isoler : celle des rétractions de l'aponévrose palmaire associées à une affection des nerfs périphériques des membres supérieurs ou de la moelle cervicale. Cette classe comprend actuellement des faits suffisamment nombreux pour permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas là de coïncidences, d'autant que les circonstances d'apparition de la maladie de Dupuytren sont parallèles dans ces cas au développement de l'affection nerveuse ; d'autre part, le contrôle anatomique apporté dans certaines observations, précise le siège des lésions, pour ce qui est des affections médullaires, au niveau de la substance grise.

Le second groupe de faits qui se dégagent de notre étude, c'est la concomitance fréquente de la rétraction de l'aponévrose palmaire avec d'autres troubles locaux, qu'il s'agisse de troubles sensitifs, fréquemment dissociés à prédominance thermique, et dont la topographie radiculaire, localisée à C⁸D¹, vient affirmer que l'at-

teinte du névraxe est strictement parallèle à l'atteinte du tissu aponévrotique de la main ; ou qu'il s'agisse de troubles trophiques (troubles cutanés, troubles ostéo-articulaires) attestant que les troubles trophiques peuvent déborder l'aponévrose palmaire et porter sur les tissus voisins ; qu'il s'agisse enfin de troubles vasomoteurs (perturbation de la chaleur locale, de la sudation, de l'amplitude artérielle) démontrant à ce niveau l'existence d'un cortège de troubles sympathiques associés.

On doit donc conclure de notre exposé : que la maladie de Dupuytren, dans toute une série de cas, est associée à une maladie nerveuse, que l'atteinte du système nerveux, primitive, engendre la rétraction de l'aponévrose palmaire, que des troubles nerveux, trophiques et sympathiques s'associent à cette dernière du fait de la lésion nerveuse. Ceci engage à chercher par quel mécanisme est réalisé cette association, quel ordre de lésions peut en conditionner le mécanisme physio-pathologique.

Les faits les plus suggestifs sont certainement ceux où le cortège complet des troubles sensitifs radiculaires cervico-dorsaux, des troubles trophiques et vasomoteurs de la main est lié à une lésion médullaire localisée à la substance grise, comme dans les cas de lésion périépendymaire relatés plus haut. La maladie de Dupuytren, dans ces faits, n'est que l'une des expressions de la lésion médullaire dont l'ensemble traduit une altération des fibres courtes radiculaires des centres sympathiques de la région du tractus inter-

médio-lateralis. Cette concomitance d'autres troubles trophiques et de troubles vaso-moteurs avec la rétraction de l'aponévrose palmaire permet de considérer celle-ci comme une des expressions du trouble trophique lié à l'altération des centres sympathiques intra-médullaires. Le sympathique central en effet a sous sa dépendance, la trophicité de la peau, du tissu conjonctif, des os et des articulations, en même temps que le contrôle de mécanisme vaso-moteur ; la perturbation simultanée de tous ces mécanismes est de toute évidence liée à la lésion de ses centres.

Mais il est des cas où les troubles sont beaucoup plus dissociés et où cependant l'association de tel ou tel ordre de trouble trophique ou vaso-moteur permet aussi de conclure que dans ces cas la lésion des centres sympathiques est en cause. Il en est sans doute de même pour les faits où la lésion ne porte pas sur la moelle, mais sur les nerfs périphériques, soit qu'il s'agisse de lésions du sympathique périphérique cheminant dans la voie du nerf périphérique, soit qu'il y ait un phénomène de répercussion réflexe sur les centres sympathiques, mécanisme admirablement démontré dans notre observation I (Alajouanine, Guillaume et Maire).

La rétraction de l'aponévrose palmaire peut donc être considérée, dans tous ces cas, comme un trouble trophique lié à des lésions périphériques ou centrales du système nerveux, lésions où s'expriment avant tout les altérations du système sympathique, et surtout du système sympathique intra-médullaire, que la lésion

soit directe ou qu'il s'agisse d'un retentissement secondaire, d'une répercussion sympathique, pour employer l'expression d'André Thomas, qui d'ailleurs, envisage sous ce nom un autre ordre de phénomènes.

Dans les faits de maladie de Dupuytren isolée, où l'examen ne décèle aucun trouble nerveux, aucune autre altération trophique, aucun trouble vaso-moteur, avec nos moyens actuels d'exploration, y a-t-il aussi un trouble neurologique ? Il serait imprudent de le nier, avant des examens plus approfondis, des contrôles anatomiques précis et détaillés ; mais, dans les données actuelles de notre expérience clinique, nous n'avons aucune preuve à apporter dans ce sens.

Il reste donc, jusqu'à nouvel ordre, indiqué de séparer dans le groupe de la maladie de Dupuytren les faits de rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine nerveuse où le trouble spécial de l'aponévrose palmaire doit être considéré comme un trouble trophique, souvent non isolé, lié à une altération des centres sympathiques intra-médullaires que son altération soit directe ou par répercussion.

Traitement.

Le traitement de ces maladies de Dupuytren d'origine nerveuse doit, semble-t-il, être envisagé tout autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant.

Les chirurgiens qui interviennent directement sur l'aponévrose palmaire soit en sectionnant les brides fibreuses, soit en réséquant largement l'aponévrose (Kannavel, Koch et Mason) n'obtiennent qu'un résultat local et temporaire. Ils n'empêchent ni la flexion des autres doigts, ni le passage de la maladie à l'autre main; et, bien souvent, la récurrence sur place est observée.

L'opération n'est d'ailleurs pas sans danger, puisque l'on a publié un cas de gangrène des doigts à la suite d'une telle intervention (E. Roedelers, gangrène des doigts après opération pour maladie de Dupuytren, *Zentralblatt, für Chirurgie*, t. LXII, 12 avril 1930, p. 936-939). Cet accident est facilement expliqué par les troubles vaso-moteurs d'origine sympathique observés par nous.

Le même danger est possible lorsqu'on irradie la main, comme cela a déjà été fait.

Nous proposons donc les traitements suivants :

1^o S'il s'agit d'une névrite d'un nerf périphérique avec perturbation vaso-motrice une sympathectomie périartérielle pourra être proposée. M. de Martel, J. Guillaume et Mlle Lassery, dans un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire s'étant installée à la suite d'une spondylite cervicale traumatique avec syndrome causalgique de la main, ont obtenu une diminution considérable de la contracture et une disparition des douleurs par sympathectomie périhumérale.

2^o En cas d'échec mieux vaudra remonter plus haut, au niveau des rami communicantes que l'on sectionnera.

3^e Enfin, si la rétraction est d'origine médullaire la radiothérapie de la moelle pourra donner des résultats. Pratiquée chez une malade observée par Le Becq elle rendit aux doigts une part de leur souplesse. Plus récemment on s'est beaucoup intéressé à l'évacuation des cavités syringomyéliques avec drainage sous arachnoïdien. Les bons résultats obtenus particulièrement sur les troubles sympathiques de ces malades doivent la faire envisager lorsque la maladie de Dupuytren survient chez un syringomyélique.

Conclusions.

1° La rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren reconnaît sans doute des pathogénies multiples et il s'agit d'un syndrome et même d'un symptôme plutôt que d'une maladie.

2° Dans un certain nombre de cas elle doit être considérée comme un trouble trophique lié à des lésions du système nerveux et, d'ailleurs, souvent associé à d'autres perturbations trophiques, vaso-motrices, voire même sensibles.

3° Les affections du système nerveux où l'on observe la rétraction de l'aponévrose palmaire sont :

- a) Les affections des nerfs périphériques et plus particulièrement les affections du nerf cubital : nous rapportons cinq observations inédites, quatre concernant des lésions du nerf cubital, une concernant une polynéphrite avec atteinte du membre supérieur.
- b) Les affections de la moelle épinière, et surtout, les syringomyélites, les hématomyélites, accessoirement certaines compressions médullaires ou certains syndromes poliomyélitiques aigus ou lents : nous rapportons six observations nouvelles appartenant à ces divers groupes.

4° On retrouve dans la littérature médicale un certain nombre d'observations de maladie de Dupuytren avec lésions médullaires constatées à l'autopsie (cavités syringomyéliques, lésions péri-épendymaires).

5° La rétraction de l'aponévrose palmaire est souvent associée à d'autres troubles trophiques (troubles cutanés, troubles ostéo-articulaires) à des troubles vaso-moteurs (chaleur locale, sudation, amplitude artérielle); même dans les cas où il y a des troubles médullaires ou névritiques, il existe fréquemment des troubles sensitifs, généralement dissociés à prédominance thermique, à topographie radiculaire au niveau de C8-D1.

6° La rétraction de l'aponévrose palmaire semble donc fréquemment liée à une altération des centres sympathiques intra-médullaires, elle peut n'être que la seule expression de ce syndrome sympathique ou faire partie d'un cortège plus complexe.

7° Le symptôme ou le syndrome décrit par Dupuytren peut donc n'être que l'expression, sous forme d'un trouble trophique spécial d'une lésion nerveuse, le plus souvent médullaire ou à retentissement médullaire.

Vu : le Président de la thèse,
GUILLAIN.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbe.* — On Dupuytren's finger contraction; its nervous origin (New-York Med. Journ., 1884, t. XXXIX, p. 436-440).
- Alajouanine, Maire et Guillaume.* — Maladie de Dupuytren localisée aux deux derniers doigts de la main gauche et accompagnée d'un syndrome sympathique de Claude Bernard-Horner du même côté, survenue 15 ans après une blessure du nerf cubital du côté opposé avec griffe des deux derniers doigts (Revue Neurologique, 1930, t. II, p. 679).
- Alibert.* — Monographie des dermatoses, 1832.
- Ali-Krogus.* — Acta Chirurgica Scandinavica, 17 août 1921.
- Antonioli (G. M.).* — Etude clinique et histologique (Ann. ital. di chir., VI, p. 1011-1037, oct. 1927).
- Biejanski.* — La contracture spontanée des doigts (rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren) envisagée comme un processus d'origine centrale (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1^{er} août 1895, p. 497).
- Brissaud.* — Névrite traumatique du cubital. Déviation des doigts en coup de vent. Rétraction de l'aponévrose palmaire (Revue Neurologique, sept. 1896, p. 537).
- Csorz (K.).* — Predispositions familiales à la maladie de Dupuytren (Budap. Orsovi, Upsag. XXVIII, 16 janv. 1930, p. 59-61).

- Decref (J.).* — La maladie de Dupuytren comme accident du travail (Siglo Medical, LXXXIII, p. 569-570, 13 avril 1929).
- Déjerine.* — Séméiologie des affections du système nerveux, 1914, p. 885 et 1110.
- Ducastaing (D.).* — Tumeurs fibreuses de la paume de la main (Paris Médical, 20 mars 1920, p. 248).
- Dupuytren.* — Leçons orales de Clinique Chirurgicale, 1832, article I, p. 2. Rétraction permanente des doigts par suite d'une affection de l'aponévrose palmaire.
- *Loc. cit.* De diverses causes de rétraction permanente des doigts et de leur diagnostic différentiel. Article XVII, p. 517.
- Eulenburg.* — Neuritis des N. Ulnaris im Kusammenhange mit « Strangcontracturen » der Finger (Neurologisches Centralblatt, 1883, p. 49-53).
- Fère et Francillon (Mlle).* — Note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés (Revue de Médecine, n° 6, 1902).
- Ferrero.* — Un cas de maladie de Dupuytren avec autopsie (Congrès de Fréniatrie de Gênes, octobre 1904).
- Gualdi.* — Morbo di Dupuytren e Syringomyelia (Revista Critica di Clinica Medica, Firenze, 1904, p. 477-493).
- Ikle (C.).* — Maladie de Dupuytren. Histologie et Pathogénie (Deutsch. Zeitschr. fur Chir., 1928, p. 106-118).
- Jardini.* — Maladie de Dupuytren et artério-sclérose médullaire (Il Morgagni, an XLIX, n° 4, avril 1907, p. 255-264; Revue Neurologique, 1907, p. 1256).
- Maladie de Dupuytren et artério-sclérose médullaire (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, XIX, Paris, 1906, p. 552-560).
- Kannavel (A. B.), Koch (S. L.) et Mason (M. L.).* — Description de l'aponévrose palmaire; revue de la

littérature et rapport de 29 cas traités chirurgicalement (Surgery, Gyn., Obst., XLVIII, février 1929, p. 145-190).

Kartschikjan. — Généalogie et transmission héréditaire de la contracture de Dupuytren (Zeitschrift für Orthopédic. Chir., XLVIII, 11 février 1927, p. 36-38).

Laignel-Lavastine et Nogues (G.) — Maladie de Dupuytren unilatérale par lésion légère traumatique du cubital (Présentation du malade.) (Société de Neurologie, séance du 2 mai 1918; in Revue Neurologique, mai 1918, p. 475).

Le Becq. — Note sur la maladie de Dupuytren. Thèse Paris, 1928.

Lechelle, Baruk et Douady. — Association de Sclérodémie et de maladie de Dupuytren chez un syphilitique (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 13 mai 1927, p. 622-629).

Léri (A.). — Séméiologie de la main (Pratique Neurologique, 1911, p. 1023-1024).

Leriche (R.) et Jung (A.). — Sur les relations de la rétraction de l'aponévrose palmaire, de l'hypocalcémie et de l'insuffisance parathyroïdienne (4 fig.) (Presse Médicale, 3 décembre 1930, p. 1641).

Merle (P.). — Maladie de Recklinghausen et rétraction de l'aponévrose palmaire (Revue Neurologique, 1909, p. 354).

Neutra. — Zwei Falle von Dupuytren'scher-Finger-Kontractur, bei tabes, resp. tabes mit multipler sklerose (Wiener Klinische Wochenschrift, n° 11, 1903).

— Ueber die Dupuytren'sche Kontractur mit Beziehungen für den innrerer Erkrankungen (Cent. f. d. Grenzg. d. Med. und Chir.).

— Beitrag für Aetiologie der Dupuytren'schen fin-

- ger-kontractur (Wiener Klin. Woch., n° XXXIX, 1901).
- Niehues.* — Origine traumatique de la contracture de Dupuytren (Aerztl. Sachverst. Ztg., XXXIII, 24 septembre 1927, p. 250-255).
- Niffert.* — Contracture de Dupuytren comme signe d'hyperexcitabilité constitutionnelle du système nerveux végétatif (Deutsch. Zeitschrift. f. Chir., 1929, p. 289-292).
- Æcheler.* — Sur la maladie de Dupuytren (Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. CXLIX, n° 3, mai 1930, p. 333-365, 31 fig.).
- Oppenheim.* — Traité des maladies nerveuses.
- Parhon et Goldstein.* — Sur un cas de Pellagre accompagné de rétraction de l'aponévrose palmaire (Revue Neurologique, XXX, juin 1902).
- Un nouveau cas de Pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire (Revue de Médecine, an XXV, n° 8, 10 août 1905, p. 620-625; Revue Neurologique, 1905, p. 1159).
- Pascalis (G.).* — Note sur deux cas de maladie de Dupuytren (Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique, Paris; Revue Neurologique, 1913, p. 354).
- Perseguers.* — Contribution à l'étude de l'aponévrose palmaire et de la rétraction de cette aponévrose ou maladie de Dupuytren. Thèse Bordeaux, 1923.
- Pommé (B.), Tricault et Lubineau (J.)* (présentés par *M. G. Guillaïn*). — Au sujet d'une étiologie possible du Syndrome maladie de Dupuytren (Société de Neurologie de Paris, séance du 7 mai 1931; Revue Neurologique, t. I, mai 1931, p. 633).
- Quinnebaut.* — Thèse Paris, 1897.
- Roedehers (E.).* — Gangrène des doigts après opération

pour maladie de Dupuytren (Zentralblatt für Chir., t. LVII, 12 avril 1930, p. 936-939).

Rouillard et Schwob. — Rétraction des aponévroses palmaires et plantaires; coexistence de gros troubles sensitifs du type syringomyélique (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, n° XV, mai 1931, p. 712).

Roussy (G.), Lévy (Mlle G.), Rosenrauch (Ch.). — L'origine médullaire de certaines rétractions de l'aponévrose palmaire (à propos d'une syringomyélie avec syndrome de Claude Bernard-Horner) (Annales de Médecine, t. XXXI, n° 1, janvier 1932, p. 21-34).

Salvolini (U.). — Contribution anatomo-pathologique à la maladie de Dupuytren (Annuario del Manicomio Provinciale de Ancona, an IV-V, 1907; in Revue Neurologique, 1908, p. 1158).

Scholle (W.). — Etiologie de la contracture de Dupuytren, spécialement chez les adultes jeunes (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. CCXXIII, 1930, p. 328-339).

Schubert (A.). — Traumatisme et maladie de Dupuytren (Med. Klinik., t. XXIII, 15 avril 1927, p. 549-551).

Senator. — Berliner Klinik. Wochenschrift, 1898, n° 29.

Stieffler. — La contracture de Dupuytren comme trouble trophique du tabès dorsal (Med. Klinik., 25 juin 1911; in Semaine Médicale, 1911, p. 415).

Sprogis. — Sur le problème de l'hérédité de la maladie de Dupuytren (Société de Biologie de Lettonie, séances de septembre et décembre 1925; in Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie, mars 1926, p. 631).

Testi. — Contribution à la pathogénie de la maladie de Dupuytren (XIV^e Congrès de Médecine interne, 24-27 octobre 1904).

- Contribution nouvelle à la pathogénie de la maladie de Dupuytren (*Riforma Medica*, an XXI, n° XXX, 29 juillet 1905, p. 820, 4 fig.).

Tinel, — Blessures des nerfs.

1984. — Impr. de la Fac. de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-32
